

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PEDRO MARTINI BONALDO

**AS NOVAS FORMAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO E AS
INICIATIVAS PARA UMA PRÁTICA DIFERENCIADA EM
SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO**

BRASÍLIA- DF

2020

PEDRO MARTINI BONALDO

**AS NOVAS FORMAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO E AS
INICIATIVAS PARA UMA PRÁTICA DIFERENCIADA EM SAÚDE
MENTAL: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Brasília- UniCEUB como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Orientadora: Professora Valéria Deusdará Mori

BRASÍLIA- DF

2020

PEDRO MARTINI BONALDO

AS NOVAS FORMAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO E AS

INICIATIVAS PARA UMA PRÁTICA DIFERENCIADA EM SAÚDE

MENTAL: UM ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Brasília- UniCEUB como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Valéria Deusdará Mori (presidente)

UniCeub

Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart (membro interno)

UniCeub

Prof. Dr. Lucas Alves Amaral (membro externo)

UniCeub

Profa. Dra. Luciana de Oliveira Campolina (suplente)

UniCeub

BRASÍLIA- DF

2020

Dedico esse trabalho aos meus pais, Antônio e Angélica,
por não desistirem nunca de mim. Obrigado
por estarem sempre juntos comigo, por me entenderem
e me amarem quase de maneira incondicional.
Eu amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiro gostaria de agradecer ao meu pai, Antônio de Pádua Bonaldo e a minha mãe, Angélica Carvalho Martini. Sem vocês a realização deste trabalho seria impossível. Minha família não é rica, mas sempre fez esforços sem limites para que eu pudesse estudar. O amor infindável de vocês é o que nutre a minha vida e faz com que eu possa acreditar que sou capaz. Mesmo morando tão longe, eu sinto que vocês me acompanham em cada canto que estou. Muito obrigado por fazerem parte da minha vida. Essa dissertação é mais uma conquista de vocês.

À minha mestra, amiga e orientadora, Valéria Deusdará Mori, a quem serei eternamente grato pela paciência e por ter segurado na minha mão e permitido essa travessia tão difícil. Com o falecimento do Fernando González Rey, eu realmente pensei em desistir em vários momentos do mestrado por ter ficado bastante abalado psicologicamente. Em meio a esse desânimo, foi você quem me devolveu a luz para conseguir terminar um trabalho que já estava em desenvolvimento. Eu não tenho palavras para expressar o respeito e admiração que nutro por você.

Ao meu mestre, amigo e ex orientador, Fernando González Rey, essa dissertação é dedicada a você Fernando. Bem-humorado com um estilo provocador e acolhedor. A sua trajetória e o seu legado, certamente, vão continuar inspirando a mim e a tantos outros estudantes deste país e fora dele. Eu espero que esse trabalho honre a sua memória e faça justiça ao seu tempo dedicado a ele. Obrigado!

À minha vida, meu amor Calina Barros Cardoso, Calininha. Somente você sabe de toda luta que fizemos e estamos fazendo para estarmos juntos. Você está em cada linha desta dissertação. Quero te agradecer sobretudo por ter criado um ambiente favorável e inspirador para que eu pudesse escrever com tranquilidade e com muita paciência. Obrigado por me motivar a continuar lutando a cada página escrita.

Às minhas enteadas: Valentina, Luara e Iasmin. Muito obrigado por me receberem dentro da família de vocês de maneira afetuosa e carinhosa. Vir para Brasília é certamente desafiador, principalmente quando sua família está longe em centenas de quilômetros. A ternura de vocês faz com que meu coração se encha de felicidade

Ao “Grupo B” formado na residência em Saúde Mental: Bárbara Melo, Diogo Costa, Giulia Mendonça (Tutu), Juscelino Moreira, Luana Grazielle, Romeu Maia, Victor Régis e Virginia Rozendo. Todos vocês são minha família, talvez não aquela família tradicional de sangue, mas a minha família aqui em Brasília. Cada um de vocês tem um espaço no meu

coração e sem vocês nem em Brasília eu estaria. Obrigado por me acolherem em tantos momentos aqui da minha vida.

Ao meu irmão, Bruno Martini Bonaldo. Que me recebeu desde a minha vinda para Brasília, ainda na graduação na UnB até os dias de hoje. Sempre carinhoso, solícito, atencioso e um verdadeiro amigo. É sempre bom saber que tem alguém torcendo por mim em todos os momentos da vida e vê-lo vibrando com as minhas vitórias.

À minha irmã, Roberta Martini Bonaldo. Mesmo que estejamos tão longe, ela faz questão de saber como eu estou. O exemplo, a ética e o pragmatismo diante da vida são sempre boas lembranças que mantenho de você. Obrigado por cuidar de mim desde pequeno.

Aos profissionais, técnicos, gerentes e usuários do CAPS pela colaboração, por oportunizarem que eu pudesse estar em campo construindo a informação. A parceria na Saúde Mental, as amizades, o companheirismo e a luta política pela saúde mental ficam para além dessa dissertação.

Aos demais colegas: Roberto Menezes de Oliveira, Deise Amparo, Wanessa Kesya, Jéssica Costa, Geovana Nunes, Caroline Rocha Coelho, Daniel Goulart, Lana Wolff e tantos outros. Obrigado por terem contribuído diretamente e indiretamente com a minha formação e com essa dissertação.

Aos órgãos CAPES/CNPq que ofertaram bolsas para que a realização desta pesquisa fosse possível. Este trabalho não seria viável se não fosse esses órgãos fomentadores da pesquisa no Brasil. Importante ressaltar isso em um tempo de constante contingenciamento de gastos com a educação, sobretudo em pesquisas na área das ciências humanas.

Resumo

Este trabalho está pautado na Teoria da Subjetividade e tem como tema a Saúde Mental. A Teoria da Subjetividade pode possibilitar uma visão integradora do social e o individual de maneira processual e dinâmica. Inclusive, a definição de saúde deste trabalho está orientada por essa teoria. A saúde para essa teoria se articula com o social e com as experiências individuais da pessoa, bem como ela significou essas experiências ao longo da vida. Então, o que se procura é entender como as diferentes experiências estão configuradas e organizadas na vida daquela pessoa e, portanto, faz sentido pensar em uma saúde como um processo marcado também pelo social (Mori & González Rey, 2012); para além de uma experiência individual. A saúde mental passou, no Brasil e no mundo, por profundas modificações, sobretudo no nosso contexto com a ampliação de políticas públicas que visavam a implementação da Rede de Atenção Psicossocial e outros serviços substitutivos, dentro do percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Grandes avanços foram feitos dentro da reforma psiquiátrica, com o fechamento de diversos manicômios, abertura de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e implementação de serviços mais humanizados. Todavia, isso não quer dizer que processos de institucionalização tenham sido superados, como demonstra o trabalho de Goulart (2017). Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é compreender diferentes processos da subjetividade social que se configuram em um CAPS. Esta pesquisa foi realizada em um CAPS do Distrito Federal. Para atingir o objetivo, a pesquisa foi inspirada no método construtivo-interpretativo, baseado nos princípios da Epistemologia Qualitativa, que entende a produção de conhecimento enquanto processo construtivo-interpretativo, singular e dialógico. Os participantes da pesquisa são usuários do CAPS e os profissionais que trabalham na instituição. O pesquisador participou de diversas atividades do CAPS como: momentos informais com a equipe, atendimentos individuais, participação do grupo de família, visitas aos usuários de saúde mental e reuniões com a equipe. De maneira, geral o processo de institucionalização se mostrou bastante presente, desde os aspectos organizacionais com o sucessivo sucateamento dos CAPS no Distrito Federal que levam à superlotação e práticas engessada. A subjetividade social dominante se expressa a partir de aspectos associados à medicalização como principal recurso para o usuário, assim como pela sua subordinação aos discursos institucionais. Dessa forma, pensamos ser fundamental novas práticas relacionadas à institucionalização. Avançar em relação à forma como as rotinas se configuram, superando a ótica de doença e reconhecendo o usuário a partir da forma singular que suas necessidades tomam forma.

Palavras chave: Saúde Mental; Teoria da Subjetividade; Desinstitucionalização.

Abstract

This work is based on the Theory of Subjectivity and has as theme the Mental Health. The Theory of Subjectivity can enable an integrative view of the social and the individual in a procedural and dynamic way. In fact, even the definition of health in this work is guided by this theory. The health for this theory is articulated with the social and individual experiences of a person, as well as he/she felt these experiences throughout his/her life. So, we aim is to understand how the different experiences are configured and organized in that person's life. Therefore, it makes sense to think of health not only as an individual experience but as a process marked also by the social reality (Mori & González Rey, 2012). Mental health programs have suffered profound changes in Brazil and worldwide, especially in our context, in with which there an expansion of public policies occurred, aiming to implement the Psychosocial Care Network and other substitutive services, within the path of the Brazilian Psychiatric Reform. Great advances occurred within the psychiatric reform, such as with the closure of several asylums, the opening of CAPS (Psychosocial Care Center), and the implementation of more humanized services. However, institutionalization processes have not been overcome, as demonstrated by the work of Goulart (2017). In this sense, the objective of this research is to understand different subjective processes that are configured in a CAPS. This research was conducted out in a Psychosocial Care Center in the Brazilian Federal District. To achieve the objective, this research was inspired by the constructive-interpretative method, based on the principles of Qualitative Epistemology, which understands the production of knowledge as a constructive-interpretive, singular and dialogic process. The research participants are CAPS's users and professionals working at the institution. The researcher participated in several CAPS activities such as: informal moments with the team, individual visits, participation of the family group, visits to mental health users, and team meetings. In general, the institutionalization process was very present, from the organizational aspects with the successive degradation of the CAPS in the Federal District that lead to overcrowding and inflexible practices. The dominant social subjectivity is expressed from aspects associated with medicalization as the main resource for the user, as well as through its subordination to institutional discourses. Thus, we believe that new practices related to institutionalization are fundamentally important. In this sense, we highlight the importance of advances in the way the routines are configured, overcoming the disease perspective and recognizing the user from the singular form that his/her are shaped.

Keywords: Mental Health; Subjectivity theory; Deinstitutionalization.

Sumário

1	Introdução	10
2	Objetivos:.....	12
2.1	Objetivo Geral:	12
2.2	Objetivos Específicos:.....	12
3	Fundamentação Teórica	12
3.1	Breve História da Loucura, Reforma Psiquiátrica brasileira e italiana: desenhando um panorama atual.	12
3.2	Saúde Mental e a Teoria da Subjetividade	19
3.3	A Desinstitucionalização e a Teoria da Subjetividade	23
3.4	Superando a clínica da patologia e pensando em práticas diferenciadas em saúde mental.	26
4	Método:.....	31
4.1	Método construtivo-interpretativo	32
4.2	Cenário Social de Pesquisa.....	35
4.3	Participantes:	38
4.4	Estudo de caso:	39
4.5	Reuniões de Equipe	40
4.6	Momentos Informais:	41
4.7	Instrumentos:.....	41
5	A Construção da Informação	42
5.1	Breves considerações iniciais.	42
6	A Institucionalização e a lógica biomédica dentro do CAPS: A diferença entre as políticas públicas segundo a lei e sua expressão na assistência	43
6.1	Aspectos Institucionais Formais	44
6.2	A medicalização e objetificação das relações.....	47
7	Dinâmica Conversacional- Participante Adriana	59
9	Momentos Informais	66

10 Considerações Finais	69
Referências:	73
Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
Anexo B- Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.....	80
Anexo C- Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.....	82
Anexo D- Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.....	83

1 Introdução

Esse trabalho nasce com uma inquietação minha frente às práticas em saúde mental. Tendo feito parte da primeira turma da Residência em Saúde Mental do Adulto pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), tive a chance de entrar em contato com diversos cenários em que a saúde mental era operacionalizada, tais como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ad III Candango, Hospital São Vicente de Paulo, UMST Policlínica, CAPS II Paranoá. Certamente, as contradições, dificuldades e desafios me angustiaram o suficiente, de modo que eu quisesse pensar a saúde mental de outra forma.

No CAPS constituí o arcabouço que serviu de base para as ações e reflexões sobre reforma psiquiátrica, práticas em saúde mental e as atuais discussões ideológicas que perpassam a saúde mental. Ao longo dos demais cenários, o trabalho foi de lapidar e dar continuidade, investindo em aprofundar as reflexões que eu já tinha iniciado ao longo da residência. Minha inserção no serviço trouxe inquietações e construções desde a gerência, passando pela equipe de saúde do CAPS (A e B) e pela equipe de funcionários terceirizados.

Pensar em saúde mental não se refere apenas a poder atuar em um campo, mas sim estar em processo permanente de reflexão teórica que tenho efeito nas minhas técnicas e no meu fazer profissional. Trabalhar no CAPS me mostrou como instituições supostamente participativas da Reforma Psiquiátrica ainda estão mergulhadas em práticas clínicas tão manicomiais, ainda hoje tão naturalizadas. Minha passagem no CAPS e em parte da rede de saúde mental do Distrito Federal fez com que eu percebesse a existência de fenômeno de objetificação, isto é, de como uma determinada pessoa ainda é vista de maneira simplista. Essa visão acaba por priorizar a lógica de medicalizar em detrimento ao cuidar. A medicalização, as rotinas repetitivas e o saber médico, em detrimento de outros saberes, não permitiam novas formas de ver aquela pessoa de maneira integral. Era bastante comum eu ir ao serviço de saúde e presenciar, todos os dias, os mesmos usuários dentro de uma rotina engessada, o que me fez questionar as novas formas de institucionalização que existem. Ainda como parte da equipe do CAPS, ficou clara a distinção entre os profissionais de saúde e os usuários. Passei, então, a me questionar se nessas novas instituições ainda estão presentes as velhas maneiras de controle e exclusão dos usuários.

O meu contato com a Teoria da Subjetividade proposta por González Rey (2003, 2017) foi ainda na graduação na Universidade de Brasília (UnB). Essa teoria permite: 1. Sair do paradigma biomédico, que vê a pessoa de maneira atomizada e na saúde com um objetivo

específico de extirpar os sintomas e a doença; 2. Compreender as doenças mentais para além de uma causalidade linear. A Teoria da Subjetividade, por se enquadrar dentro do paradigma da complexidade, permite que se veja os fenômenos com outra qualidade, sobretudo por possibilitar uma visão mais integral de ser humano. Essa teoria permite que se supere a visão atomizada do ser humano presente no paradigma biomédico e em pesquisas de psicologia limitadas a avaliar uma dinâmica intrapsíquica, crenças cognitivas e comportamentos passíveis de observação, como se a pessoa fosse uma mera soma desses aspectos.

Os trabalhos de Goulart (2013, 2017) procuravam mostrar como nos CAPS, que têm grande importância na substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede substitutiva de serviços de saúde, são marcados por condutas manicomiais. Nesse sentido, trabalhar as novas formas de institucionalização e as possíveis alternativas a essas condutas se faz necessário para se pensar em uma clínica não manicomial. Assim, Goulart (2017) aponta o valor heurístico de se usar a Teoria da Subjetividade para se problematizar a saúde mental. Nas suas palavras:

o valor heurístico de se estudar as configurações subjetivas no âmbito da saúde mental é precisamente não dissociar a vivência do sujeito dos processos que acabam por culminar na situação de sofrimento – o que supera a ainda tendência de reificação do transtorno” (Goulart, 2017, p.37).

Além disso, segundo González Rey (2005b), há três implicações da perspectiva da teoria da subjetividade para compreender os processos humanos:

1. Existe uma ruptura em entender subjetividade associado a um conjunto de entidades individuais, imutáveis e universais, com a finalidade de desnaturalizá-la. Sendo assim, os processos subjetivos são compreendidos no seu aspecto mais singular, não caindo em definições e conceitos dados a priori. Essa visão é bastante distinta a uma concepção clássica da psicologia que os fenômenos humanos são determinados por fatores internos ou externos. Essa perspectiva se constitui uma alternativa para compreensão dos fenômenos.

2. A teoria da subjetividade permite uma visão mais processual e singular dos fenômenos, permitindo, também, uma maior articulação do conhecimento de outras ciências humanas.

3. Possibilidade de se avançar frente à perspectiva comportamental-positivista, sobretudo superando uma concepção clássica de que um evento externo determina a expressão psicológica de maneira linear. Problematizando que um evento na categoria da subjetividade é inseparável ao seu contexto social, além da própria produção subjetiva sobre este (do indivíduo e do grupo).

O método em que esta pesquisa se inspira é conhecido como construtivo-interpretativo. Neste método, o pesquisador no contato com o seu cenário social da pesquisa vai gerando e formulando hipóteses, muitas vezes contraditórias entre si. Neste processo os significados e hipóteses se desdobram em novas informações e ideias do pesquisador, sendo que esta articulação define o modelo teórico da pesquisa (González Rey, 2017).

2 Objetivos:

2.1 Objetivo Geral:

1. Compreender diferentes processos da subjetividade social que se configuram em um CAPS.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Compreender a expressão de novos processos de institucionalização dentro dos serviços substitutivos em saúde mental.
2. Discutir as diferentes práticas em saúde mental dentro de um CAPS.

3 Fundamentação Teórica

3.1 Breve História da Loucura, Reforma Psiquiátrica brasileira e italiana: desenhando um panorama atual.

Procuo neste tópico falar um das Reformas Psiquiátricas do Brasil e da Itália além de discorrer sobre a situação do Distrito Federal à sua Reforma Psiquiátrica. Também procuro apresentar um conceito central no trabalho que se refere à lógica manicomial.

Para falar de saúde mental, é imprescindível falar também da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo. Conjecturar Reforma Psiquiátrica é poder (re)pensar o papel do louco e da loucura na sociedade, papel este em transformação. Como nos aponta Foucault (1978), a representação da loucura muda em cada momento de sua época, e mesmo dentro de um período há diferentes representações da loucura. Certamente, a representação da loucura mudou ao longo do tempo, todavia o que se mantém atualmente ainda é o processo de exclusão do dito louco.

No final da Idade Média, houve o desaparecimento da lepra, porém, os séculos que se antecederam foram marcados com a explosão dos leprosários em toda a Europa. Com o fim da lepra, esses leprosários, de maneira geral, foram destinados ao que Foucault (1978) chamava de “casa de correção”. Estes lugares abrigavam todo tipo de pessoas excluídas socialmente: mendigos, loucos, deficientes, incuráveis, criminosos, dentre outras camadas sociedade.

Foucault (1978) aponta que o desaparecimento da lepra não se deu por um avanço da prática médica, mas pela exclusão dos doentes. Interessante como esta lógica se perpetuou quando os leprosários se transformaram em hospitais gerais ou “casas de correção” - certamente o nome mudou, mas a lógica da exclusão permaneceu. Foi somente no século XIX, com Philippe Pinel, que a medicina “capturou” a loucura para seu objeto de estudo. De maneira botânica, Philippe classificou os loucos de acordo com a perspectiva de cura. Pinel “libertou” os loucos dos Hospitais Gerais e os levou para os manicômios com o intuito de estudá-los e submetê-los a um tratamento moral (Pereira, 2004). É possível, então, pensar que existia um ideal humanista em Pinel, por querer, de fato, estudar e curar aquelas pessoas. Porém, ele não conseguiu transcender a lógica de excluir a loucura do ambiente social e trancá-la em um ambiente circunscrito em si mesmo.

Ao pensarmos em manicômio, nos remetemos imediatamente a uma instituição como descreve Foucault (1987), baseada na segregação, controle, repressão, disciplina e normas. Para além dos manicômios concretos, podemos pensar em um tipo de lógica manicomial presente na sociedade e nas instituições, fora dos manicômios. A lógica manicomial constitui-se como:

Trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais. Estas relações se contextualizam num sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental. O termo lógica manicomial é utilizado por ser o manicômio o centro histórico de localização do paciente psiquiátrico e por ter se desenvolvido nestes ambientes a prática clínica que fundamenta o conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental. (Ferreira Oliveira, 2009, p.48)

Embora Ferreira de Oliveira (2009) tenha avançado ao pensar a lógica manicomial para fora dos manicômios e em outras instituições de saúde mental, eu proponho pensar neste conceito para fora de um contexto de saúde. Então a lógica manicomial seria uma maneira de se relacionar com as pessoas, em que não se reconhece ao outro com os direitos

fundamentais humanos. Trata-se de uma postura não empática; a rotulação, a objetificação da relação. Sendo assim, a lógica manicomial pode estar presente dentro de muitos contextos. Bezerra (2014), por exemplo, descreve que nas escolas, diante das dificuldades de aprendizagem, existe um esforço para se achar um culpado, podendo ser a família, a criança ou os professores. Quando se opera na lógica de culpabilizar ou de se vitimizar e não compreender os múltiplos processos que ocorrem, então estamos falando de uma lógica manicomial. Na perspectiva da teoria da subjetividade, a aprendizagem está associada ao desenvolvimento da criança, na sua integração do cognitivo e emocional, sendo assim aquela dificuldade da criança não deve ser avaliada de maneira focal, mas sim buscando uma visão mais integral e complexa do fenômeno.

Importante frisar que, para além de uma medicina que se apropria do fenômeno loucura, temos, sobretudo no século XIX, a emergência e o fortalecimento de um modelo biomédico que tem como características: a) dividir mente e corpo, não associando uma coisa com a outra; b) pressupor que a doença resulta de um patógeno: um vírus, uma bactéria ou algum microrganismo que invade o corpo; c) por último, o paradigma não faz menção aos fatores psicológicos, sociais ou comportamentais que estejam no processo do adoecimento (Tesser, 2010). Esse modelo de saúde também dá sustentação para uma psicologia centrada na mensuração do comportamento, reproduzindo um suposto ideal de objetividade, controle e verificação muito presentes nas ciências naturais e positivistas daquele momento (González Rey, 2012). Consequentemente, o saber médico se apodera do fenômeno loucura, bem como outros saberes, tais como: psicologia, neurologia, psiquiatria, fisiologia, anatomia etc. Nessa perspectiva, o psiquismo passa a ser tratado como um objeto das ciências naturais

González Rey (2007) afirma que o modelo biomédico serviu como base para o desenvolvimento dos manicômios. Sendo assim, esta ideologia funciona para o aparecimento de instituições manicomiais e de uma lógica pautada pelo estigma da anormalidade. É impossível dissociar a ideia da lógica manicomial do modelo biomédico, visto que este é manicomial. A noção de patologia somática e mental da ciência moderna, como nos mostra González Rey (2015), tem a mesma gênese, isto é, as doenças representam um conjunto de sinais e sintomas que podem ser padronizados em síndromes que se repetem. Com isso, levou-se a uma mecanização das práticas de saúde e a um esforço de sistematizar os sintomas, sobretudo tentando extirpar qualquer diferença individual. Para González Rey (2015), o positivismo busca uma naturalização do corpo e da doença, ignorando, assim, aspectos relacionados à cultura, subjetividade e instituições. Mais do que isso, a ciência positivista, por se apresentar como supostamente neutra, esconde o aspecto ideológico presente nela e se

coloca como o único caminho para uma verdade absoluta que só pode ser contestada por ela mesma.

Retomando a discussão histórica, após Pinel se apropriar juntamente com outras ciências do fenômeno da loucura no século XIX, o tipo de prática de uma psiquiatria asilar, do chamado doente mental, pouco mudou até o período pós-guerra. Neste período, as práticas da psiquiatria começaram a ser repensadas através de uma “humanização” simples das práxis asilares, até por meio de mudanças radicais no atendimento desta população (Passos, 2000). A partir daí, chamamos de Reforma Psiquiátrica os desdobramentos que cada país deu perante as críticas da psiquiatria, sejam eles nas leis, práticas, políticas ou procedimentos adotados frente a este incômodo: a Psiquiatria Tradicional (Kyrillos, 2003).

Antes de falarmos da Reforma Psiquiatria Brasileira, há de se entender a Reforma Psiquiatria Italiana, na qual a nossa reforma foi inspirada (Lancetti, 1990). De acordo com Kyrillos (2003), a Reforma Psiquiátrica Italiana teve início na década de 60, a partir da observação das práticas do manicômio de Gorizia (Itália): um grupo de psiquiatras começa a questionar o tipo de tratamento que é dado, principalmente dentro de um paradigma racionalista (problema-solução) (Kyrillos, 2003).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana contou com a contribuição de outros autores, como Basaglia (1985), que denuncia as práticas de violência nos manicômios de toda a Itália. Além disso, Basaglia (1985) problematiza não só as práticas em manicômio, mas também nas escolas, fábricas, universidades, hospitais e muitos outros contextos onde existe uma clara divisão entre os que têm poder e os que não têm. A ênfase da Reforma Psiquiátrica está em pensar em instituições onde existe uma diferença de poder, e claramente os que têm poder excluem os que não o têm. As instituições da violência, aquelas em que existem excluídos e opressores, também denunciam uma sociedade que é fundamentalmente manicomial e segregacionista por jogos perversos de poder. Segundo Basaglia (1985, p.43) “A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade”.

Outro autor que tem grande importância na Reforma Psiquiátrica Italiana é Rotelli (1999), ao aprofundar sobre o termo desinstitucionalização, que se refere a uma mudança no objeto de cuidado em saúde mental. O objeto doença (patologia) passa para o novo objeto. Segundo Rotelli (1999, p.04), “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. Dessa forma, Rotelli (1999) propõe no seu texto, olhar esta pessoa na sua integralidade, e não o isolando do seu corpo social. É uma mudança paradigmática, sobretudo quando nesta época o tratamento para o doente mental era o isolamento e o desligamento da

família e da sociedade. Evidentemente, penso que é impossível existir uma desinstitucionalização total porque mesmo que se criem serviços substitutivos, esses novos serviços serão novas instituições e por isso vão institucionalizar os seus usuários. Todavia, é importante se ter clareza sobre quais tipos de instituições estão sendo criadas e quais são os novos tipos de institucionalização dentro do modelo da Reforma Psiquiátrica. Rotelli (1999) lança uma luz sobre os novos tipos de instituições descontaminadas da antiga lógica manicomial a serem criadas. Nas palavras de Rotelli (1999, p.05), elas seriam compostas “de artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, de inventores de vida, de jovens, de trabalho, festas, jogos, palavras, espaços, máquinas, recursos, talentos, sujeitos plurais e o encontro de tudo isso”.

Importante retomar que no Brasil tivemos, por anos, um sistema de saúde mental focado nos Hospitais Psiquiátricos, sendo que apenas a partir da década de 1970 é que a Reforma Psiquiátrica começa a ganhar corpo. Para citarmos o quão crítica era situação do Brasil, podemos no remeter há alguns dados trazidos por Arbex (2013): o Hospital Colônia, principal hospital psiquiátrico brasileiro que atravessou o século XX quase inteiro, era composto de pessoas sem diagnóstico psiquiátrico em 70%; entre 1969 à 1980, 1853 corpos foram vendidos para faculdades de medicina, usava-se o eletrochoque indiscriminadamente, pessoas morriam de fome e frio principalmente durante o inverno. Como Arbex (2003) relata o próprio Franco Basaglia disse ao vir para o Brasil “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei tragédia como esta”.

A reforma Psiquiátrica no Brasil aconteceu a partir dos anos 70 e teve uma presença marcante dos movimentos sociais, como o Movimento em Saúde Mental (MSTS), composto por sindicalistas, trabalhadores do movimento sanitário, associação de familiares e pacientes que foram internados por uma longa data. Esse movimento teve um importante papel ao denunciar os desafios e dificuldades que a saúde enfrentava, tais como a mercantilização da loucura, medicalização indiscriminada, ênfase em uma rede privada e predominância do modelo hospitalocêntrico. Aliadas a isso, experiências bem-sucedidas e guiadas por um outro paradigma ocorriam em outros países, como a Itália (Brasil, 2005).

Também é importante destacar outros marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como o II Congresso Nacional do MSTS, na cidade de Bauru, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, em 1987; a experiência do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, em 1987; o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, de 1989, que tratava sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e a progressiva substituição dos

manicômios; a criação do SUS -Sistema Único de Saúde, em 1988, com participação popular através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (Brasil, 2005).

Como mencionado anteriormente, no ano de 1987 ocorre o Segundo Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental e na ocasião é elaborado um documento, o Manifesto de Bauru, que critica a reforma sanitária em vigor e reafirma um posicionamento a favor da desinstitucionalização, sobretudo inspirado nas experiências ocorridas na Itália (Luchmann, Hahn, Rodrigues, & Jefferson, 2007). Este momento é crucial para unir diversas camadas da sociedade para a luta antimanicomial (familiares, profissionais, usuários dos serviços de saúde, associação de usuários). O Manifesto de Bauru marca o nascimento do movimento antimanicomial, principalmente saindo de uma discussão teórica para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento (Luchmann et al., 2007).

Em 1992, com a força do Projeto de Lei de Paulo Delgado, muitos estados da federação conseguiram aprovar uma legislação própria para a Saúde Mental. Em 2001, a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada, constituindo referência para a saúde mental. Esta lei dispõe sobre assistência da saúde mental, passando de um modelo hospitalar para um modelo na comunidade. Como consequência, criou linhas de financiamento para saúde mental, aumentou o número de CAPS consideravelmente e fechou diversos hospitais psiquiátricos. Para se ter uma comparação, em 1997 os gastos hospitalares com Saúde Mental representavam 93% e os gastos com serviços extra hospitalares em Saúde Mental eram de 6,86%. Já em 2007, temos uma mudança para 64,84% e 36,16% respectivamente (Brasil, 2005).

No âmbito do Distrito Federal, a saúde mental enfrenta diversos desafios, principalmente devido ao número insuficiente CAPS e a falta de recursos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como exemplo das dificuldades que o DF encontra ao tentar implementar um modelo de atenção em saúde mental, temos o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, que deveria ter sido extinto há pelo menos 20 anos, conforme Lei Distrital nº 975 de 12 de dezembro de 1995, mas que ainda é uma organização em funcionamento com pelo menos trezentos servidores. Além disso, não existem residências terapêuticas, nem centros de convivência públicos, ambos previstos na legislação, (Portaria Nº 3.088, 2011, 23 dezembro).

O Distrito Federal, com mais de 3 milhões de habitantes, não há de dois recursos fundamentais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, os centros de convivência e as residências terapêuticas, e ainda por cima mantém um hospital psiquiátrico funcionando irregularmente.

Como se esses dados não fossem suficientemente alarmantes, segundo Movimento Pro-Saúde Mental do DF (2013), o número de CAPS exigidos em 2013 era de 46, mas existiam somente 15. Hoje, em 2020, existem 18 CAPS. Nesse período (de 2013 a 2018), diversos CAPS foram fechados, alguns foram abertos e outros reformulados. Considerando que a população do DF em 2013 era de 2,7 milhões e hoje contamos com uma população de mais de 3 milhões, acredito que o número de CAPS exigido deveria ser ainda maior que 46, pois não atingiria nem 40% do número que era previsto em 2013. Isto porque 46 CAPS seriam no contexto do DF com uma população menor e consequentemente com uma demanda menor em saúde mental.

Nos anos de 2018 e 2019, a Saúde Mental começa a passar por grandes retrocessos, sobretudo com o início do governo do presidente Jair Bolsonaro. A nova saúde mental tem como propostas: inclusão dos hospitais psiquiátricos nas RAPS; financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, possibilidade de internação de crianças e adolescentes e abstinência como a principal opção da política de atenção às drogas com preponderância frente a redução de danos (anexo D). O termo retrocesso se refere ao fato de que todos os governos pós ditadura militar do Brasil estavam alinhados com a perspectiva antimanicomial. De fato, durante os últimos 30 anos tivemos aprovação de novas portarias e notas técnicas que foram de encontro com a perspectiva antimanicomial. Já no cenário atual, em 06 de junho de 2019 o presidente Jair Bolsonaro sanciona uma mudança na política de tratamento de álcool e drogas (anexo D), sobretudo facilitando a internação involuntária. Outro fato bastante marcante é a ampliação das comunidades terapêuticas, essas geralmente religiosas com um tratamento baseado no trabalho forçado (laborterapia) e na religião.

Comunidades Terapêuticas são geralmente dedicadas ao tratamento de usuários de álcool e drogas e têm como características seu isolamento em pequenas fazendas. Segundo Mendonça (2018), as comunidades terapêuticas não são exatamente uma novidade na rede de atenção psicossocial, já que estão presentes desde a década de 1970. Todavia, sua expansão maior se deu em meados da década de 1990, permanecendo presente até os dias de hoje. Para Mendonça (2018), o tratamento em comunidades terapêuticas tem três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade. Basicamente, a compreensão é que o usuário de droga tem uma deficiência moral que deve ser corrigida através do trabalho e da religião. A outra concepção é que a adicção é fundamentalmente química, e por isso é preciso isolar a pessoa do seu meio como uma maneira de desintoxicação. É importante ressaltar que minha visita a muitas comunidades do DF também apontam a presença de psicólogos, enfermeiros e até

médicos, então é possível dizer que o saber científico também está aliado às práticas das Comunidades Terapêuticas.

3.2 Saúde Mental e a Teoria da Subjetividade

Neste tópico, procuro introduzir o conceito de saúde mental, bem como o desafio de apresentar uma definição formal para o termo e pensá-lo muito mais como um campo de atuação multidisciplinar. Apresento ainda a Teoria da Subjetividade, proposta por González Rey (2003, 2017), que norteia a fundamentação teórica do trabalho.

Ao pensarmos na perspectiva que estamos adotando, é importante definirmos alguns conceitos fundamentais da Teoria da Subjetividade, tais como: subjetividade, sentidos subjetivos, configuração subjetiva. O conceito de subjetividade proposto por González Rey tem um sentido que não se referencia apenas a uma constituição individual. Sendo assim apresenta uma articulação complexa entre social e individual. Segundo o autor, subjetividade pode ser definida como:

A subjetividade é um sistema simbólico-emocional orientado à criação de uma realidade peculiarmente humana, a cultura, da qual a própria subjetividade é condição de seu desenvolvimento e dentro da qual tem a sua própria gênese, socialmente institucionalizada e historicamente situada. (Mitjans Martínez & González Rey, 2017, p.71)

Quando se fala de subjetividade, de acordo com González Rey (2015), não se deve confundir com subjetivismo, que entende os fenômenos por uma gênese intrapsíquica. Ao se pensar em subjetividade nesta perspectiva, estamos falando de um sistema qualitativo diferenciado que aponta para uma nova definição ontológica dos processos humanos, tanto individuais como sociais. A subjetividade não se separa da cultura, nem das condições de vida das pessoas, e sua expressão não é direta e linear. Com essa teoria, é possível olhar os fenômenos no CAPS, considerando os aspectos sociais, históricos e culturais do processo de adoecer, esquecidos pela psicologia clínica.

Pretendo apresentar, aqui, dois conceitos fundamentais para este trabalho. Para isto, primeiro vou defini-los para depois explicar qual é a sua relevância no trabalho desenvolvido. Os conceitos são sentidos subjetivos e configuração subjetivas centrais neste referencial teórico, estes podem ser entendidos como:

Os sentidos subjetivos são unidades simbólicos-emocionais, nas quais o simbólico se torna emocional desde sua própria gênese, assim como as emoções vêm a ser simbólicas, em um processo que define uma nova qualidade dessa integração, que é precisamente a definição ontológica da subjetividade. Em nossa concepção, os sentidos subjetivos são a unidade mais elementar, dinâmica, versátil da subjetividade. Porém, sua emergência não é uma soma, mas um novo tipo de processo humano (Mitjáns Martínéz & González Rey, 2017, p. 45)

O outro conceito se refere às configurações subjetivas as quais expressam uma forma única na produção de sentido singular de cada pessoa dentro de sua realidade. Isto significa que não existe uma forma universal de realidade e a sua vivência. Essas formas de viver a realidade são produções das pessoas. Nas palavras do autor:

Os sentidos subjetivos emergem no curso da experiência, definindo o que a pessoa sente e gera nesse processo, definindo a natureza subjetiva das experiências humanas. Esse novo tipo de processo emerge na vida social culturalmente organizada, permitindo a integração do passado e do futuro como qualidade inseparável da produção subjetiva atual. Trata-se de um atributo fundamental da configuração subjetiva, que é uma formação autogeradora, que surge do fluxo diverso dos sentidos subjetivos, produzindo, de seu caráter gerador, grupos convergentes de sentidos subjetivos que se expressam nos estados subjetivos mais estáveis dos indivíduos no curso de uma experiência. Passado, presente e futuro organizam-se como uma unidade no movimento das configurações subjetivas, o que faz que a temporalidade, como dimensão de sentido subjetivo, tenha um caráter fortemente imaginário em nossas vidas, fato que a diferencia das temporalidades cronológicas dos tempos vividos. (Mitjáns Martínéz & González Rey, 2017, p. 56)

Os sentidos subjetivos são produções da pessoa perante sua história e da diversidade dos contextos da vida dela. Quando pensamos em saúde mental, estes conceitos têm grande valor heurístico para sairmos de uma lógica de universalização, patologização, e simplificação do fenômeno. Desta forma, saímos de uma pessoa passiva da história da psiquiatria, para um a pessoa que é produto e produtor de sua própria história. Neste sentido, a pessoa usuária do serviço de saúde mental não está subordinada a uma condição objetiva de adoecimento e nem de vida.

O termo subjetividade, segundo González Rey (2005), apresenta um lado subversivo, porque, primeiro, desnaturaliza a compreensão social, ou seja, entende que, para

compreender a subjetividade, há de se acompanhar a produção de sentidos, se afastando de lógicas tradicionalmente perpassadas nas representações universais como certo ou errado, justo ou injusto, bem ou mal. Em segundo lugar, porque legitimam o espaço e a tensão da diferença, reconhecendo o direito de se adotar posições distintas individuais. Este conceito é valioso para pensar em uma clínica antimanicomial e uma clínica psicossocial, porque é uma clínica focada nas produções daquela pessoa, tentando descolar de uma lógica sintomática tão naturalizada na ciência psiquiátrica tradicional.

O conceito de configurações subjetivas e a saúde mental tem um valor heurístico, precisamente por não dissociar a experiência concreta da pessoa com os processos que levaram ao adoecimento dela. Desta forma, o transtorno mental não é visto de maneira isolada, mas avaliado como mais uma das produções de vida daquela pessoa, não desconectada da sua história de vida e dos sentidos subjetivos que emergiram ao longo do seu ciclo vital.

Além disto, a representação do transtorno mental, segundo González Rey (2011), passa a ser entendido como uma emergência de configuração subjetiva que impede a pessoa de produzir sentidos subjetivos alternativos. Estes permitem opções de vida diante de rituais mantidos nessa configuração. Sendo assim, fica notório como o transtorno mental não será encarado como “doença”, mas sim como uma configuração subjetiva construída, precisamente, no momento de vida da pessoa.

Outro conceito que se associa ao de configurações subjetiva e, de novo, permite se pensar a saúde mental de outra forma, é o modo de vida. O conceito de modo de vida pode ser entendido como “produção subjetiva relacionada com ações, relações e preferências que definem em seu inter-relacionamento a forma como vivemos” (González Rey, 2011, p. 40). Esta concepção permite que saiamos da perspectiva focal de se tratar um comportamento específico típico da psicologia comportamental, ou que se busque uma explicação intrapsíquica para o comportamento da pessoa como na psicanálise. O conceito se associa ao de configurações subjetivas por entender que o modo de vida não são atos fixados pelo costume, mas configurações subjetivas associadas aos sistemas de comportamentos (González Rey, 2011). Comportamentos estes com uma dimensão simbólico-emocional muito mais complexa do que aquele comportamento aparenta, mais uma vez, mostrando o caráter complexo das configurações subjetivas associadas ao transtorno mental.

Para González (2011), existe um valor heurístico em estudar a saúde mental utilizando as configurações subjetivas. Especialmente porque, ao se utilizar a teoria da

subjetividade, não se dissocia a vivência da pessoa dos processos e situações que culminam na situação de sofrimento, ou seja, não se retifica a noção de transtorno mental.

Embora não exista uma definição formal para saúde mental, quando penso neste termo, acredito que seja mais útil pensá-lo como um campo, isto é, como Amarante (2009) defende, um conjunto de saberes que embasam uma prática. De acordo este autor, a saúde mental pode ser pensada como campo porque sua natureza transdisciplinar se norteia por várias fontes, então é possível pensar em uma saúde mental que se fundamente na psicanálise, na medicina, nas teorias histórico-críticas e embasada na teoria da subjetividade. Obviamente, isso também lança desafios, porque se a saúde mental como campo se orienta de vários saberes. Isto quer dizer, também, que ela pode estar em diversos paradigmas, sejam biomédicos ou da complexidade? Isto é uma diferença central com a psiquiatria hegemônica, que estaria muito mais alicerçada nos saberes da medicina ocidental tradicional, na anatomia, fisiologia, psicofarmacologia, semiologia e patologia. Se por um lado a psiquiatria tradicional tem seus limites bem delimitados, por outro a estrutura da saúde mental como campo, e que tem uma prática multiprofissional e multidisciplinar, dificulta que delimitemos seus limites.

Neste ponto, é importante deixarmos claro de qual saúde mental estamos falando, visto que seu campo é demasiadamente eclético (Amarante, 2009), ou, como alguns autores colocam, de uma natureza transdisciplinar e interdisciplinar, mas não caracterizando um campo teórico eclético (Mânica, 2007). Estamos falando que, nesta pesquisa, a saúde mental primeiramente não será entendida em uma perspectiva sustentada pelo modelo biomédico, nem no paradigma positivista, em que se procura uma relação linear de causa e efeito; o pesquisador deve ser neutro, parte de hipóteses bem construídas, a priori, e quer isolar a pessoa de sua vida, buscando uma suposta neutralidade. A perspectiva de saúde nesse trabalho se pautará na ideia da processualidade desse fenômeno em que a relação do social e do individual se constituem como processos (González Rey, 2011, Mori e González Rey, 2012).

A definição de saúde que este trabalho propõe é a de González Rey (2011), que define saúde em termos amplos, em que a mesma pode ser compreendida como a capacidade da pessoa de gerar novos sentidos subjetivos que podem ser facilitadores. Dessa forma, o termo patologia não é adequado e pertinente a este referencial teórico, precisamente por se remeter a uma ideia de doença dominada pelo cunho biologista preponderante na saúde.

A saúde neste trabalho procura articular o tempo todo o social com a experiência individual da pessoa; de como ela significou suas experiências ao longo da vida. Então, o que se procura é entender como as diferentes experiências estão configuradas e organizadas na

vida daquela pessoa. Portanto, faz sentido pensar em uma saúde como um processo marcado também pelo social (Mori & González Rey, 2012), para além de uma experiência individual. Nesse sentido, a Teoria da Subjetividade pode possibilitar uma visão integradora do social e o individual de maneira processual e dinâmica.

O intuito desta escolha teórica se dá pela necessidade de uma perspectiva que avance além dos modelos tradicionais que muitas vezes não possibilitam ir além dos diagnósticos no CAPS, bem como de uma psicologia que historicamente se focou em compreender o homem em certos momentos como um conjunto de estímulos-respostas, e em outros com explicações intrapsíquicas. Poder falar da saúde mental dentro da teoria da subjetividade, é poder compreender de forma mais ampla a pessoa e o fenômeno do adoecimento, entendendo que aspectos subjetivos envolvidos na saúde mental precisam ser vistos qualitativamente de maneira distinta como nos trabalhos de Goulart (2013, 2017). Desta forma, apela-se para uma compreensão transdisciplinar, em que os aspectos cognitivos, emocionais, simbólicos e culturais são integrados para uma nova visão da pessoa que transcende a taxonomia de conceitos isolados. Essa compreensão é também capaz de integrar, em novos conceitos, funções múltiplas que nos remetem a uma nova ordem qualitativa e rompe com a linearidade da compreensão do transtorno e do adoecimento como tradicionalmente temos tratado o tema da saúde mental nesses contextos. Assim, a teoria da subjetividade clama para uma lógica da complexidade, em que os fenômenos escapam de determinismos, sejam eles de diferentes naturezas psíquicas, somáticas ou culturais. Desta forma, é possível ver os fenômenos de maneira inter-relacionada, em que o fenômeno em si é sustentado por aspectos sociais, históricos, relacionais, dentre outros fatores.

Existem trabalhos que já articulavam saúde mental e a teoria da subjetividade (Goulart 2013, 2017). Sendo assim, entendo que este presente trabalho representa um caminho que Goulart (2013, 2017) abriu e que me permitiu continuar refletindo sobre saúde mental e a Teoria da Subjetividade. Esses trabalhos problematizavam casos de novos tipos de institucionalizações dentro do CAPS, mostrando que o modelo biomédico, tão hegemônico na saúde, continua embasando as práticas desenvolvidas neste espaço. Acredito que a relevância do presente trabalho está em mostrar como em ambientes em que supostamente se tenta imprimir uma nova clínica - chamada de clínica biopsicossocial - ainda se mantém um modelo baseado na patologização e na extirpação de sintomas.

3.3 A Desinstitucionalização e a Teoria da Subjetividade

Como apresentado brevemente neste trabalho, a Reforma Psiquiátrica foi um movimento que se baseou em uma formulação crítica e prática, tendo como objetivos o questionamento e elaboração de uma nova proposta de se fazer Psiquiatria (Amarante, 1995). Além disto, a Reforma Psiquiátrica procura dissolver as barreiras entre assistentes e assistidos, visa abolir a reclusão e a repressão que essas pessoas sofrem, bem como promover a liberdade considerando o usuário como sujeito de sua existência (Teixeira, Kantorski & Olschowsky, 2009) A Reforma Psiquiátrica, conforme Gurlart (2013), coloca em xeque os saberes e práticas da psiquiatria tradicional, área clássica de assistência em saúde mental.

Nesta parte do trabalho procuro refletir sobre o conceito de desinstitucionalização, visto que tal conceito se articula com o objetivo do trabalho

Um conceito fundamental dentro da Reforma Psiquiátrica é o de desinstitucionalização, que não pode ser confundida com a Reforma Psiquiátrica em si. Segundo Venturini (2010) a Reforma Psiquiátrica questiona os alicerces que fundamentam a prática da psiquiatria em certo período histórico, abrindo espaço para a desinstitucionalização. Esta não se limita à desospitalização, nem deve ser confundida com a reabilitação psicossocial: ela consiste em tornar o paciente protagonista da sua cura, considerando seus recursos, suas vulnerabilidades, suas estratégias, suas relações (Venturini, 2010). Por outro lado, Rotelli (1999) defende, para o processo de desinstitucionalização e consequentemente para se desmontar os manicômios, a necessidade de sair de uma lógica linear, nas suas palavras:

Negação da instituição, bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é, a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (Rotelli, 1999, p22)

Neste sentido, a Teoria da Subjetividade dialoga com a perspectiva não manicomial que Rotelli (1999) defende, sobretudo por ele dizer que essa clínica não está pronta. Criticar esses conhecimentos que a priori capturam o objeto aponta a necessidade de ver a complexidade de sair da lógica linear, tudo para pensar numa outra clínica. A Teoria da

Subjetividade, ao explicar o conceito de subjetividade como, de acordo com González Rey (2005b), um sistema em desenvolvimento, em que as novas produções de sentidos subjetivos influenciam os sistemas de configurações de personalidade, ou seja, a pessoa está em processo permanente de produção subjetiva na sua relação com o mundo. Neste sentido, vejo similaridades nas duas perspectivas na busca de soluções complexas e que dependem de entrar em contato com seus objetos se despindo de hipóteses a priori.

O conceito de desinstitucionalização também é definido por Amarante (2009), ao se referir à tradição de basagliana como uma maneira de tratar a pessoa na sua existência e em relação com às condições concretas de vida. O que se entende, segundo Amarante (2009), nesta tradição, é o de uma clínica que esteja ligada a se sair do isolamento terapêutico ou de alguma forma de tratamento moral pineliano; ainda passa para uma perspectiva de criação de possibilidades, produção de sociabilidade e subjetividade. Sendo assim, falamos de uma tradição em que essa pessoa da experiência da loucura antes excluído do mundo social agora tem uma voz; torna-se pessoa e não apenas um objeto das ciências ou da medicina.

Lobosque (1997) procura algumas proposições em relação ao processo de desinstitucionalização:

1. O fim do hospital psiquiátrico, tomado como um dos instrumentos possíveis de dominação da loucura, não é condição suficiente para subverter esta dominação.
2. O fim do hospital psiquiátrico, como baluarte de todo um paradigma, ou seja, como mirante imprescindível a um saber que domina, é condição necessária para uma abordagem do louco como cidadão” (Lobosque, 1997, p. 28)

O argumento 1 de Lobosque (1997) está correto porque, muito embora o hospital psiquiátrico represente o principal símbolo da clínica manicomial, ele não pode ser resumido a isto apenas. Não adianta os hospitais psiquiátricos serem fechados e não se investir em toda uma rede de atenção em saúde mental que possa acolher os pacientes do hospital psiquiátrico e as demandas desta área (futuros usuários de saúde mental). A alternativa de apenas fechar os hospitais psiquiátricos e a não abertura de novos serviços seria análoga a um despejo desses pacientes de hospitais psiquiátricos sem qualquer alternativa. A afirmativa 2 também é coerente; evidentemente é necessário fechar a instituição que representa o manicômio como a morte de um velho paradigma, mas é necessário ir além disto. É imprescindível se pensar uma outra maneira de cuidar das pessoas, sustentada em um novo paradigma de se produzir conhecimento. Como citado anteriormente, a superação da **lógica manicomial** transcende a apenas fechar os hospitais psiquiátricos, mas todo uma maneira de cuidar dessas pessoas.

Para se superar essa lógica manicomial e iniciarmos o processo de desinstitucionalização devemos:

Desse modo, podemos pensar que o trabalho da desinstitucionalização, ao visar a promoção social e a convivência mais tolerante em meio às diferenças, favorece a emergência da pessoa atendida enquanto sujeito, propondo outros caminhos que não o do enclausuramento ordinário das formas de existência que acabam banidas do convívio social. (Goulart, p.44, 2013)

É fundamental que se proponha diversas estratégias para superar essa lógica. Dentre elas, podemos citar: a convivência, a psicoterapia psicossocial, dentre alternativas. A superação do modelo manicomial implica primeiramente reconhecer as velhas práticas alienando as pessoas, para depois se pensar em quais são as alternativas. Neste sentido, essa dissertação propõe práticas diferenciadas em saúde mental, implicando a pessoa na sua trajetória pessoal, no seu sintoma e nos caminhos que se pode seguir.

3.4 Superando a clínica da patologia e pensando em práticas diferenciadas em saúde mental.

No trabalho que foi desenvolvido em campo, além de identificarmos as condutas manicomiais, nosso interesse foi pensar em uma clínica que não seja manicomial, não seja a favor da institucionalização, da exclusão do indivíduo e que se possa ver a pessoa de maneira integral. Para isto, faz-se necessário este tópico para avançar na compreensão desta nova clínica conhecida como: Clínica Psicossocial, Peripatética, Antimanicomial e Ampliada. Importante ressaltar que todas essas clínicas não partem do mesmo referencial teórico e, portanto, esses nomes não podem ser tomados como sinônimos. No entanto, podemos compreender que essas clínicas caminham na direção da desinstitucionalização e da inserção social dos frequentadores dos serviços de atenção psicossocial. A construção e conquista da autonomia e da cidadania também são importantes princípios e conceitos orientadores destas clínicas não manicomiais.

A clínica psicossocial também é uma clínica com um comprometimento com os direitos fundamentais humanos. Tais direitos se associam à garantia de uma vida digna a todas as pessoas. A garantia desses direitos se deve só pelo simples fato da pessoa ser humana e versa sobre: liberdades básicas, consideradas fundamentais para a dignidade humana. Sendo assim, as posturas que devemos evitar na clínica psicossocial são: postura não empática, a rotulação e a objetificação da relação.

Ao pensarmos a clínica psicossocial ou reabilitação psicossocial, indagamos que clínica é esta que não se apoia em uma clínica em que o fundamental é a remissão do sintoma; em uma lógica que não vê a pessoa em toda sua integralidade, como preconiza o SUS. De acordo com Rotelli, Leonardis, Mauri e Risio (2001), para a superação da lógica manicomial e, por conseguinte, para uma clínica psicossocial, precisamos pensar em uma instituição não pronta, que possa se adaptar com a necessidades de cada um. Mais do que isto, de uma instituição onde o cuidado não é feito somente pelos profissionais de saúde detentores do saber, mas por todos; sejam pacientes, profissionais, artistas e pessoas do cotidiano. Nas palavras do autor

A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da "instituição inventada" devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro. (Rotelli, Leonardis, Mauri & Risio, 2001, p. 5)

A atual Política Nacional de Saúde Mental se pauta no modelo de Reabilitação Psicossocial, que se atualiza por meio de dispositivos como, segundo Brasil (2007), a Clínica Ampliada. Esta proposta busca construir uma ferramenta que articule a inclusão de diferentes enfoques e disciplinas e, mais do que isto, entende que em determinado momento possa existir uma preponderância de um saber em detrimento de outro, sem a negação dos outros saberes (Brasil, 2007). Essa perspectiva é oficial, fazendo parte de uma política pública de saúde, e reconhece a multidisciplinaridade/complexidade da saúde clamando por uma integração destes saberes.

Clínica ampliada, segundo Brasil (2007), ainda se relaciona às diretrizes e princípios do SUS, como: a universalidade do acesso; a integralidade da rede e de cuidado; a equidade das ofertas em saúde que obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos em saúde. A clínica ampliada, segundo Moreira (2007), se contrapõe ao modelo hegemônico de saúde, que toma a doença e o sintoma como objeto, admite a remissão e a cura dos sintomas como principais objetivos, realiza o diagnóstico reduzindo o fenômeno a uma objetividade positivista clínica e define a intervenção sobretudo pelos aspectos orgânicos. Sendo assim, para Moreira (2007), ampliar a clínica significa entender a saúde como objeto de investimento, observando a vulnerabilidade, o risco da pessoa em seu contexto; produzir saúde e ampliar o grau de autonomia do indivíduo; fazer o diagnóstico não só com base nos saberes clínicos e epidemiológicos, mas considerando também a história

das pessoas e os saberes por elas veiculados; definir a intervenção considerando a complexidade biopsicossocial das demandas da saúde. Por último, Moreira (2007) define algumas das propostas da clínica ampliada: compromisso com a pessoa e não só com a doença; entender que os limites dos saberes clínicos serão sempre menores do que a complexidade que aquele indivíduo representa; o entendimento de uma relação entre o usuário e o trabalhador de saúde mental como um encontro clínico que se coproduzem na relação que estabelecem; buscar um equilíbrio entre os danos e os benefícios pelas práticas em saúde; uso de equipes multidisciplinares ou transdisciplinares; fomentar a corresponsabilidade entre a pessoa e profissional implicados no tratamento.

O conceito de desinstitucionalização, forjado por Rotelli, De Leonardis e De Risio (2001, p.33), importantes protagonistas da Psiquiatria Democrática Italiana, ao lado de Franco Basaglia, diz que:

É um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. (Rotelli, Leonardis, Mauri & Risio, 2001, p. 12)

Penso que a Clínica Psicossocial tem como uma de suas características a abertura para diversas modalidades terapêuticas e dispositivos clínico-políticos, que vêm sendo construídos e aprimorados ao longo das últimas décadas. Dentre os dispositivos que integram a Clínica Psicossocial, está a Convivência, pensada como um importante dispositivo clínico-político para a Reabilitação Psicossocial. A convivência, apesar de importante no processo de reabilitação psicossocial, não é um conceito de fácil apreensão e definição, carecendo ainda de muitas reflexões e definições. Ainda há muito o que pensar e construir no que diz respeito às limitações e potencialidades da convivência no campo da saúde mental.

Ressalta-se que a partir da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como no referencial que esta pesquisa se pauta, a Teoria da Subjetividade, a noção de doença mental passa a ser questionada. González Rey (2007) entende que não é possível entender a doença mental como algo externo e não articulado como uma produção da pessoa, ligando-se com os diferentes aspectos da vida do indivíduo. Então, não faz sentido entender a doença mental sem compreender os múltiplos sentidos subjetivos associados ao adoecimento. Além disto, é

importante entender que se a doença mental é colocada em xeque, então a própria clínica é problematizada como um todo. A clínica, como este trabalho propõe, procura articular o tempo todo o social com a produção individual da pessoa; de como ela significou suas experiências ao longo da vida. Então, o que se procura é entender como as diferentes experiências estão configuradas e organizadas na vida daquela pessoa e, portanto, faz sentido pensar em uma saúde e um fazer clínico como um processo marcado também pelo social (Mori & González Rey, 2012), para além de uma experiência individual.

Importante recuperar o conceito trazido por Lancetti (1990) que se refere a Clínica Peripatética. De acordo com Lancetti (1990), peripatético se inspira no conceito de Aristóteles, que costumava ensinar andando pelos jardins de Apolo no Liceu. No entanto, se considerarmos a etimologia da palavra “clínica”, ela está associada a “inclinar-se ao leito”; então a Clínica Peripatética se colocaria como uma clínica que quer colocar a pessoa em pé. Isto é, uma clínica que se contrapõe à clínica manicomial, em que o indivíduo existe para “ser cuidado”, em vez de participar do seu tratamento. A Clínica Peripatética, portanto, rompe com a ideia de “setting” clássico, de um lugar protegido e possivelmente “neutro”, para um setting inventivo, dinâmico e capaz de utilizar os recursos disponíveis.

Lobosque (1997) aponta três princípios para a Clínica Antimanicomial: o primeiro é o da singularidade, princípio que procura problematizar as contradições de pensarmos extremos, como particular *versus* universal, individual *versus* social e privado e público. O conceito de singularidade está para além de uma concepção reducionista de que “cada caso é um caso”, reconhecendo que cada pessoa não é única, nem idêntico a si mesmo, residindo o singular de cada qual, não em sua unidade posta, mas vivendo uma contradição fundamental. Entender a singularidade é convidar o indivíduo a sustentar essa singularidade também como um estilo seu. Para Lobosque (1997), o trabalho da clínica antimanicomial vai contra um trabalho de adaptar a pessoa à sua cultura. Ao contrário, o trabalho clínico será conduzir o tratamento de forma que a pessoa consiga seguir seu próprio caminho, mas dentro e articulado com a cultura. Emerge, então, o segundo princípio: o do limite. A clínica psicossocial crítica os limites morais, culturais e institucionais que incidem sobre o louco. Trata-se de construir um limite como um problema lógico para aquele paciente e desta forma, o limite não será dado pela autoridade e sim por uma atitude do “fazer caber”, isto é, “fazer caber” quando se busca o traçado de um contorno e não um processamento de uma exclusão. Bem como “fazer caber” é também convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, refazendo seus limites. Por último, o princípio da articulação. A necessidade da articulação de uma rede que possa ser substitutiva para os manicômios exige uma integração

entre movimentos sociais, comunidade, serviços de saúde e educação. Mais do que isto, uma socialização entre saberes, interdisciplinar, mas que não seja para disciplinar os corpos, mas para promover um maior cuidado das pessoas.

Inspirado na psicanálise, Figueiredo (2011) irá problematizar o que ele chama da clínica do cuidado, compatível com uma clínica antimanicomial. O que Figueiredo (2011) traz é como podemos realizar esta clínica pautada em algumas modalidades. A primeira o autor vai chamar de continência, ou seja, o cuidador vai precisar oferecer condições para a transformação. Essa função tem ligação com a capacidade de fazer com que a pessoa sonhe, da transformação da angústia em algo diferente (sublimação de Freud) através da arte, do lúdico, dos grupos. De certa forma, fala de uma capacidade do cuidador de alimentar sonhos, de produzir novos caminhos, de conter as angústias que serão trazidas pelo indivíduo para dar outro destino. A segunda práxis é a de reconhecimento, da capacidade do cuidador reconhecer que diante de si está uma pessoa humana, com desejos, com uma história, prestar atenção no outro, de entender que este outro tem uma semelhança consigo mesmo. A última função é a de interpelação, ou seja, diante do paciente, o cuidador poder trazer provocações, interpelar, chamar a pessoa para a vida, para a ordem e, de certa forma, penso que é não aceitar certa atitude passiva e naturalizada diante do seu sofrimento.

Figueiredo (2011) também fala do que ocorre quando esta clínica fracassa por não reconhecer a pessoa baseado nessas três ações: então teríamos a clínica manicomial, em uma instituição total, em que o cuidado passa muito por uma tutela e agora o cuidador se vê impelido a dar tudo que imagina que essa pessoa quer, sufocando, assim, o seu desenvolvimento. Por último, postula como é necessário existir um equilíbrio entre continência, reconhecimento e interpelação. É necessária uma clínica que consiga imprimir essa lógica de maneira harmoniosa, pois qualquer uma dessas modalidades em excesso iria inviabilizar o tratamento e o desenvolvimento, sendo o tecnicismo e o excesso de cuidado formas patológicas de cuidar.

Por último, gostaria de falar do modelo de atendimento no CAPS que se utiliza do Projeto Terapêutico Singularizado. Importante recuperar que o CAPS adota um sistema de assistência pautado no PTS (Projeto Terapêutico Singularizado). Isto implica acompanhar, de maneira singularizada todos os casos atendidos

O Projeto Terapêutico Singularizado pode ser entendido como:

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações

mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.). (Brasil, 2014 p.16)

Desta forma, O PTS implica em sucessivas reuniões de equipe sobre o caso, articulação com a família, avaliações e reavaliações periódicas, contatos interinstitucionais e até com a comunidade para maior responder a complexidade de cada caso.

4 Método:

Importante frisar que a dissertação se inspira metodologicamente e epistemologicamente na Teoria da Subjetividade. Esta, elaborada por González Rey (2003), permite uma visão não atomizada, podendo dar compreensibilidade dos processos complexos associados a institucionalização e ao adoecimento. Mais do que isto, a Teoria da Subjetividade permite examinar o contexto da Saúde Mental para além de divisão e simplificação da experiência humana. Segundo Mitjás (2005), a Teoria da Subjetividade busca dar inteligibilidade aos fenômenos humanos na perspectiva histórico cultural e remete à complexidade de Morin (2006) para falar destes processos. Não entendendo complexo como sinônimo de difícil ou complicado e sim, mas como: singulares, contraditórios, indivisíveis e históricos. Para tanto, opta se pela Teoria e Epistemologia citada anteriormente, que orienta o trabalho e não se separa da forma como metodologicamente estudamos a subjetividade

Importante ressaltar que o seguinte projeto já foi aprovado em dois comitês de ética, sendo eles: Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, com parecer número 3.020.436 e CAAE número 96597518.6.0000.0023; e Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Fepecs/ SES/ DF, parecer número 1.932.683 e CAAE número 63665616.1.0000.5553.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A). Foi feita a leitura do

termo de consentimento com cada participante e explicado que eles poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, o que não acarretaria qualquer prejuízo ao participante. Importante ressaltar que seus nomes foram preservados, por uso de nomes fictícios, para não expor os usuários de saúde mental, nem os profissionais, visto que ambos eram participantes da pesquisa. Sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Além disso, é importante ressaltar que os participantes não tiveram qualquer custo ou pagamento por sua cooperação no presente estudo.

Também foram apresentados os riscos e benefícios de se participar da pesquisa. O risco que o estudo pode trazer é o constrangimento ou desconforto de algum participante durante a construção da informação/instrumento. Este risco pode ser diminuído devido ao fato que, em primeiro lugar, o participante poderia desistir a qualquer momento da pesquisa. Depois, a atitude do pesquisador em relação ao participante foi imparcial, acolhedora e empática, respeitando o sigilo e a dignidade humana. Os benefícios dos usuários foram: ao se expor as maneiras manicomialis de atendimento à saúde mental no CAPS, colocam-se em xeque velhas maneiras prejudiciais aos usuários e se abrem novas possibilidades para ele ser mais bem atendido. Além disto, o estudo pode apontar para uma possível vulnerabilidade desses trabalhadores, mostrando que precisam de medidas protetivas.

O presente estudo teve como critério de inclusão: pessoas atendidas (familiares ou usuários) pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Distrito Federal (DF), bem como a equipe multiprofissional que compõe o serviço. Não houve restrição qualquer quanto ao sexo ou idade, mas adotamos o seguinte critério de exclusão: qualquer pessoa que não esteja vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial II escolhido ou profissional que não atue naquele CAPS.

4.1 Método construtivo-interpretativo

Relevante frisar que o método que a pesquisa se inspira é o construtivo-interpretativo, que se fundamenta na Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2005). No método construtivo-interpretativo, segundo González Rey (2015), a função do pesquisador é permitir a construção de um diálogo progressivo e organicamente organizado. Neste diálogo, cria-se um ambiente de segurança, de tensão intelectual, confiança e interesse que favorecem os níveis de conceituação da experiência pouco comuns na vida cotidiana.

A característica construtiva-interpretativa que a pesquisa usa faz com que algumas dicotomias naturalizadas sejam superadas, principalmente por entender o pesquisador como alguém que constrói a informação. Na perspectiva desta pesquisa, entende-se que o pesquisador vai a campo para construir suas hipóteses que ele e o participante da pesquisa irão se engajar em um diálogo e sentidos subjetivos serão construídos utilizando-se de um determinado instrumento (como por exemplo o diálogo ou completar frases, ou outros instrumentos que podem ser desenvolvidos ao longo da pesquisa). Esta produção dependerá de características do participante e do pesquisador e, também da forma como o momento dialógico se configura e mobiliza diferentes produções subjetivas como a criatividade e a espontaneidade.

Na Epistemologia Qualitativa, de acordo com González Rey (2002), estamos falando principalmente de uma epistemologia que entende a realidade como plurideterminada, diferenciada, histórica, interativa, que representa a subjetividade humana. Assim, pensar dentro da Epistemologia Qualitativa, é refletir uma forma alternativa de construir informação e entender que a subjetividade a qual nos referirmos é um processo que constitui, e é constituído pela cultura.

Mitjáns Martínez e González Rey (2017) procuram elencar alguns princípios da Epistemologia Qualitativa em uma das suas últimas obras, os quais parecem ser importantes de serem retomados aqui, considerando que a pesquisa se inspira nesta epistemologia

O primeiro princípio desta epistemologia será a ênfase no caráter construtivo interpretativo do conhecimento (Mitjáns Martínez & González, 2017). Este princípio será articulado com a subjetividade e faz entender que ela não se refere apenas ao reflexo de uma realidade, em que o pesquisador deve ser neutro para manifestá-la. O entendimento deste princípio fala de uma subjetividade que vai emergindo de diversas formas na pesquisa: pelo diálogo, expressões, posturas, atitudes e de outras maneiras que os instrumentos permitirem. O interessante ao avaliar a generalização na Teoria da Subjetividade é que ela não estará associada a uma verdade absoluta em que parte do início da construção do conhecimento, mas sim como construção feita na pesquisa que dá inteligibilidade sobre o fenômeno estudado. Além de dar inteligibilidade sobre o fenômeno, esta generalização permite que se conheça elementos antes vistos como atomizados e recortados para um panorama mais dinâmico e integrado do processo.

O segundo princípio se refere à singularidade, a qual foi excluída das pesquisas em psicologia por representar um contraponto à generalização indutiva. Sendo assim, o singular nesta perspectiva, e o que será buscado, é a construção da informação a partir de um caso

específico para pensar em um modelo teórico que o transcenda. Desta forma, compreendo que Mitjáns Martínez e González (2017) retoma a interpretação dos casos singulares e busca dar inteligibilidade para processos mais amplos presentes na cultura, no individual e no jogo deste processo.

Para se estudar essa singularidade, Mitjáns Martínez e González (2017) apontam a importância de espaços dialógicos, e nesse sentido, entra o diálogo como uma estratégia. O diálogo na perspectiva da teoria da subjetividade tem um papel central. Não se trata de uma mera reflexão e sim, de um diálogo em que os participantes se envolvem emocionalmente e se comprometem na sua reflexão, em um processo que produz informações de grande relevância na pesquisa. O engajamento no diálogo pode possibilitar novas produções subjetivas; existe um compromisso com o participante da pesquisa, ele não é meramente fonte de informação. Sendo assim, o que se busca nessa metodologia é que a pessoa se envolva nas conversações, e que a interpretação do que é dito não é feita de forma isolada, mas articulada com a história de vida do indivíduo. O diálogo também está para além do dito, posturas, imagens, fantasias, dentre outras produções que também podem ser consideradas. O curso do diálogo, de acordo com González Rey (2002), se refere a situações formais dos diálogos e nos momentos informais: todos esses instantes terão uma relação com o problema estudado, sendo fontes para entender sua complexidade. O caráter do diálogo que será usado nesta pesquisa é entendido como aberto, com perguntas não definidas a priori. Assim, o pesquisador pretende se envolver e formular as perguntas, interpretações, provocações e reflexões de acordo com o fluxo que a conversa toma.

O terceiro princípio se refere a pesquisa como uma comunicação dialógica:

Esse princípio marca diferenças não apenas na relação pesquisador-participante, mas na própria representação da pesquisa, que passa a ser compreendida como espaço social, no qual múltiplos e inesperados processos de comunicação emergem de maneira espontânea, colocando o pesquisador e os participantes como agentes ou sujeitos de um processo rico em novidades e opções imprevistas, que podem ganhar importante relevância para a pesquisa. Tal princípio rompe definitivamente com a ideia de neutralidade do pesquisador e, simultaneamente, é inerente à definição da pesquisa como processo teórico” (Mitjáns Martínez & González Rey, 2017, p15)

Interessante como o último princípio rompe com a ideia de neutralidade do pesquisador defendida na pesquisa positivista. Pesquisador e pesquisado de certa forma irão construir o modelo para compreender os fenômenos juntos. Assim através do diálogo é que os sentidos subjetivos serão produzidos pelo pesquisador, hipotetizando e elaborando um

modelo para dar inteligibilidade aos fenômenos psicológicos. Evidentemente, o diálogo não exclui outras formas de comunicações, como expressões, textos e outras produções dos participantes. Os diálogos são um processo construtivo daqueles que se implicam neles e do pesquisador. Nestes diálogos aparecem as contradições, rupturas, novas hipóteses, bem como novas produções subjetivas. Neste sentido, sua importância é vital para o desenvolvimento da pesquisa.

O diálogo que esta pesquisa pensa está para além de um procedimento ou instrumento. Nesta abordagem, o instrumento irá aparecer no curso do diálogo marcando os sistemas de relação que a estruturam, participantes-participantes, participante-pesquisador (González Rey, 2015). Sendo assim, é a partir do diálogo que novas indagações surgem, as hipóteses são problematizadas, reflexões, bem como construções do pesquisador. A ideia presente nesta perspectiva é que conforme a dinâmica conversacional começa, os sentidos subjetivos, as configurações subjetivas e os modelos teóricos vão sendo construídos pelo pesquisador.

O diálogo possibilita a continuidade de um processo reflexivo dos participantes e do pesquisador, que favorece o amadurecimento de expressões subjetivamente configuradas por diferentes experiências de vida, as quais vão aparecendo no curso conversacional do trabalho de investigação. (Mitjáns Martínez & González Rey, 2017, p15)

4.2 Cenário Social de Pesquisa.

O termo construção do cenário social da pesquisa, usado por González Rey (2005), recomenda que a construção seja progressiva e que o pesquisador vá construindo, sendo guiado pela sua própria reflexão teórica. Além disso Segundo González Rey (2005) frisa que os diferentes elementos relevantes vão configurar o modelo do problema estudado.

A pesquisa ocorreu em um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) que pertence ao SESDF. A escolha do local se deve pelo fato do pesquisador atualmente conhecer o serviço e, portanto, goza de certa familiaridade. Além disso, o CAPS, de acordo com Brasil (2005), é um local de tratamento de sofrimento psíquico grave e persistente, sendo um espaço privilegiado para se compreender e investigar os sentidos subjetivos dos usuários do CAPS. O Centro de Atenção Psicossocial, segundo Brasil (2005), constitui-se como uma estratégia fundamental para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo por ter como responsabilidades atender os casos de pessoas com sofrimento psíquico grave e organizar a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

A minha inserção na Rede Atenção Psicossocial, desde 2015, no programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Adulto, pôde fazer com que eu estivesse no contexto de Saúde Mental do Distrito Federal. A partir dessas contingências, eu pude estar no CAPS periodicamente e desenvolver várias atividades. O meu foco nesta pesquisa é estar no serviço para além do contexto de atendimento clínico. Minha pretensão era atingir meus objetivos em diferentes espaços no CAPS, tais como: atendimento psicoterapêutico, acompanhamento terapêutico, oficinas e no cotidiano do CAPS. Estando em diversos contextos institucionais, proponho uma visão mais ampla e complexa da instituição, através de diferentes momentos de conversação com pessoas que participavam desse espaço.

A construção do cenário social da pesquisa foi gradual e de certa forma começou antes mesmo da pesquisa do mestrado. Como dito anteriormente, eu era residente em Saúde mental e pude estar nos diversos serviços de saúde mental do DF e, portanto, tinha certa familiaridade com a equipe do CAPS, bem como alguns usuários. Importante ressaltar que procurei estabelecer contato com a equipe de maneira gradual, participando das reuniões de equipe e trazendo as contribuições com as intervenções que fazia. A construção de vínculo foi paulatina e sedimentada com a equipe e usuários nos momentos formais e informais. Ressalto que a equipe desde o princípio foi acolhedora e colaborativa.

A escolha de poder fazer a pesquisa no CAPS não se deu de maneira arbitrária. Tendo feito a Residência de Saúde Mental do Distrito Federal pude circular em diversos CAPS e outros serviços de assistência à saúde. A escolha do CAPS se dá pelo seu papel central na Reforma Psiquiátrica Brasileira seja para organizar a rede de saúde mental, seja na sua função de atender os casos de maior gravidade/ complexidade. Como exposto anteriormente, estando no CAPS pude ver diversas vezes condutas manicomiais e pessoas em uma posição de institucionalização citando como exemplos: pessoas que compareciam no CAPS apenas para renovar a receita, a rotulação dos usuários do CAPS por diagnósticos médicos, a constante não revisão do PTS dos usuários, dentre outras condutas. Diante desta percepção, existiu uma grande inquietação minha para poder pensar os novos processos de institucionalização em serviços de saúde mental substitutivos.

Importante ressaltar que o CAPS que pretendo atuar, é um CAPS do tipo II e, portanto, tem certas características objetivos e funcionamentos definidos pela Portaria nº 336 (2002) do Ministério da Saúde. As características dos CAPS II podem ser descritas no anexo B.

Comparando a portaria com o CAPS II, em que realizei a pesquisa, podemos ver vários aspectos da portaria sendo seguidos: primeiro, o funcionamento do horário de acordo com o que preconiza a portaria; depois, o CAPS se inserindo na comunidade, tendo uma característica distinta de muitos outros CAPS que estão muitas vezes isolados da comunidade ou associados a unidades de saúde (CAPS Paranoá, por exemplo). Trata-se de um espaço que o acolhimento pode ser feito a qualquer momento de seu funcionamento (exceto às terças-feiras vespertinamente nas reuniões de equipe), mostrando o caráter de uma instituição aberta, disposta a acolher a população.

A instituição em que a pesquisa de campo do presente estudo ocorreu conta com 29 profissionais servidores entre técnicos administrativos e profissionais da saúde. Dentre eles temos: dois terapeutas ocupacionais, seis psicólogos, cinco médicos (dos quais dois são psiquiatras), dois assistentes sociais, três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, quatro técnicos administrativos sendo um deles motorista. Além disso o CAPS conta com estagiários de múltiplas áreas além de residentes em saúde mental. Importante ressaltar a progressão de atendimentos que tem existido ao longo dos anos. Para se ter uma ideia, em 2016 tivemos 23 mil intervenções (acolhimentos, atendimentos, grupos terapêuticos, oficinas, acompanhamento terapêutico, visitas domiciliares, atendimentos à família) e em 2017, 30 mil. Já para 2018, o número foi para mais de 60 mil. O CAPS mantém um acompanhamento de 1561 prontuários ativos, ou seja, pode-se dizer que essas 1561 pessoas fazem um acompanhamento ao menos semanal no CAPS.

O CAPS II, segundo Portaria nº 336 (anexo B), trata se de uma instituição para cobrir uma área de 70 a 200 mil habitantes. A referida instituição da pesquisa atende Taguatinga, parte de Ceilândia, Sol Nascente, Vicente Pires, Pôr do Sol, Águas Claras, Areal e Arniqueiras. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), essas áreas somam um total de, quase 900 mil habitantes bastante em desacordo com o preconiza a portaria. Em termos de abrangência, o CAPS é um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e deveria considerar não só o território da pessoa, mas o que Zerbetto (2016) chama de território existencial. Este está para além de onde a pessoa vive, mas também por onde ele trabalha, circula, constitui vínculos, enfim, vive. Os serviços de saúde, de maneira geral, ficam restritos ao espaço geográfico de onde a pessoa reside. Por isso, pensar em território existencial é transcender os critérios geográficos para uma compreensão de onde a pessoa vive. Nas palavras de Zerbetto (2016):

Para que as ações de atenção à crise contemplem a complexidade das necessidades dos sujeitos, é necessário que os profissionais lancem mão de novas tecnologias de cuidado. Uma delas é a atenção à pessoa em seu contexto de vida, ou seja, dentro de seu território, que pode ser entendido como o espaço que resulta da inseparabilidade entre sistemas de objetos e sistema de ações. (Zerbetto, 2016, p. 22)

O CAPS em que fiz a presente a pesquisa conta com a livre circulação de pessoas em espaço físico amplo, dentro da comunidade, tendo salas de atendimento grupais e individuais. A mobília do CAPS se apresenta em bom estado de conservação: um sofá, mesas, cadeiras, televisão etc. Realmente o CAPS dá uma sensação familiar, de uma casa mesmo. Essa sensação de familiaridade é uma vantagem em relação a outros CAPS do Distrito Federal, como: CAPS do Paranoá, que fica associado ao Hospital do Paranoá, cujo o aspecto se assemelha ao de uma unidade de saúde, ou mesmo o CAPS que fica no antigo Instituto de Saúde Mental no Riacho fundo, o qual fica totalmente apartado da comunidade.

O CAPS II em que realizei a pesquisa foi fundado em 2006, período que ficou conhecido como o Inverno da Saúde Mental (Santiago, 2009), e se constitui como um período em que nacionalmente existiu uma expansão dos serviços substitutivos da saúde mental, mas que no âmbito do Distrito Federal foi um momento de morosidade para a construção de novos serviços substitutivos aos manicômios (Santiago, 2009).

4.3 Participantes:

A participante Adriana (nome fictício), de 55 anos (idade aproximada), solteira e que se encontra em atendimentos semanais no CAPS. Sua rede familiar é implicada no CAPS, sendo bastante representada pela irmã, Fernanda. Adriana se refere como tendo um filho o qual é citado durante o trabalho, todavia este filho não é biológico e se trata de um sobrinho que ela ajudou a cuidar. Adriana é trazida pelo CAPS após o falecimento da mãe, uma figura a qual ela era bastante apegada. Seus sintomas incluem sintomas clássicos do Transtorno Obsessivo Compulsivo tais como: não gosta de sair de casa, rituais, acumular lixo em casa, não tomar banho, dentre outros. Analisando seu prontuário, é importante notar que Adriana se encontra em atendimentos há pelo menos dois anos. O que observo ao ver o prontuário, é que as visitas da equipe, para sensibilização em relação ao tratamento, são frequentes com pelo menos uma visita a cada dois meses. Noto que o tratamento que Adriana faz no CAPS é predominantemente baseado na medicação. Aparentemente ela participou algumas vezes

de oficinas de caminhada e artesanato, com constantes interrupções e recolhimentos da usuária de saúde mental. A sugestão do atendimento foi feita durante a reunião de equipe, sobretudo porque era um caso de difícil manejo e a equipe relatava que a usuária pouco melhorou com o tratamento no CAPS. Nesse sentido passo a estudar o prontuário dela antes de ir fazer a visita domiciliar.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, é importante ressaltar que existiu uma flexibilização dos métodos empregados em relação aos atendimentos que se afastava do setting tradicional. Muitas vezes, a clínica em psicologia fica muito presa a um setting supostamente neutro, em um lugar físico específico (ambulatórios). A proposta desta pesquisa é transcender o setting clássico, podendo estar com a usuária de saúde mental nos múltiplos contextos da vida dela (casa, ambulatório e acompanhamento terapêutico).

Outro participante é o ex-gerente (representado pelas iniciais I.C) do CAPS, com o qual existiu uma dinâmica conversacional. A interação com o participante se deu em apenas um encontro, no qual foi investigado os aspectos institucionais do CAPS. Importante ressaltar que, no momento da dinâmica, ele assumia o cargo de gerência do CAPS. I.C estava na gerência por mais de quatro anos e bastante inserido nas discussões sobre as políticas em saúde mental, além de estar numa posição de chefia do CAPS. Por esses motivos foi escolhido para participar desta pesquisa.

Um dos participantes é Antenor, que interajo em um momento informal. Antenor tem 55 anos e é atendido no CAPS há dois anos. Ele aparece quase todos os dias no CAPS e permanece no local por horas. Outros dois participantes também são Elias e Milton de 30 e 45 respectivamente e fazem bastante uso da sala com televisão.

Por último, nas reuniões de equipe costumo interagir com toda equipe: médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros profissionais. Esses profissionais também são participantes da pesquisa

4.4 Estudo de caso:

O estudo de caso é o CAPS pesquisado, isto é, estudar a forma singular de organização do CAPS. O estudo de um caso se faz necessário porque é impossível falarmos de uma subjetividade social, neste caso do CAPS, da sociedade, da Reforma Psiquiátrica e

da institucionalização sem nos referirmos às pessoas que compõe este modelo. Dessa forma, a partir das dinâmicas conversacionais com: uma usuária do serviço de saúde, ex gerente, as reuniões, nos levam para reflexões que estão para além daquela singularidade e se referem também à subjetividade social do CAPS estudado. As diferentes formas que utilizei de inserção na equipe, bem como o fato de elencar um profissional e uma usuária do CAPS para priorizar dinâmicas conversacionais específicas, fazem com que eu possa dar inteligibilidade à subjetividade social daquele CAPS.

4.5 Reuniões de Equipe

Diversas estratégias foram usadas para conseguir pensar em um modelo sobre a subjetividade social do CAPS, suas contradições, seus acertos e suas limitações. Uma delas foi a participação nas reuniões de equipe. Elas aconteciam todas as terças-feiras no período da tarde. Essas reuniões eram momentos de os profissionais do CAPS discutirem sobre as práticas, os casos clínicos, além de repassar os avisos institucionais. Minhas inserções foram, principalmente, durante quatro meses. Importante que, como pesquisador, pude questionar e refletir com a equipe sobre a práxis.

Durante as reuniões de equipe, a minha percepção é que a priori, o grupo permaneceu um pouco incomodado com a minha presença, mas com o tempo fui me integrando à equipe. Durante as reuniões de equipe do CAPS, os usuários de saúde mental eram recebidos por um segurança que informavam que eles não poderiam ser atendidos naquele horário. Uma grande contradição para um serviço conhecido pela legislação como de portas abertas (esse tópico é mais discutido na construção da informação). Outro ponto é que os usuários de saúde mental não participavam das reuniões de equipe. Sendo assim, tínhamos apenas a visão dos profissionais para construir um CAPS melhor, mas sem a participação dos usuários. De novo, isto é típico de instituições totais onde se tem a separação clara entre usuários e profissionais. O CAPS deveria integrar as contribuições dos usuários em saúde mental para poder construir um serviço que tenha a “cara” deles e que pudesse atendê-los de maneira melhor, ouvindo mais suas demandas.

O fato de estar nas reuniões de equipe se alinha com a perspectiva metodológica que dá ênfase às **dinâmicas conversacionais**, aumentando, assim, a possibilidade entre a minha troca com os profissionais, em discussões sobre saúde mental e as práticas do CAPS. Tive, em vários momentos, a oportunidade de agir como um provocador, levantando questões e

reflexões durante as reuniões. As informações mais relevantes foram registradas em um diário de campo e depois transcritas para a construção das informações.

4.6 Momentos Informais:

A pesquisa usou muitos momentos formais do CAPS para a pesquisa incluindo: consultas ambulatoriais, reuniões de equipe, acompanhamento terapêutico. Mas a pesquisa também usou os momentos informais do CAPS, isto é; momentos não programados fora dos grupos terapêuticos, dos atendimentos individuais ou de alguma intervenção específica de profissional de saúde. Os momentos informais estão muito ligados ao cotidiano, no qual os usuários fazem entre atendimentos: as conversas na sala de televisão, as conversas “de corredor” ou uma discussão em um momento do lanche. A participação de uma oficina, o acompanhamento terapêutico e de outra intervenção não planejada também se constituem como momentos informais. A ideia é que esses momentos informais sejam importantes fontes para a construção da informação, sobretudo, para se conhecer a subjetividade social da instituição. Importante também localizar que os momentos informais não têm um “script” ou algo programado a ser feito, sendo assim se constituem como uma fonte de informação mais aberta. Os momentos informais incluíam a interação com profissionais e usuários do CAPS e eram mais uma fonte para o pesquisador construir informação. Dessa forma, não sei quantificar o número exatos dos momentos informais vividos.

Penso que os momentos informais estão muito ligados com o dispositivo em saúde mental conhecido como convivência, isto é; para o usuário de saúde mental passar por essa clínica psicossocial, ele precisa também desses momentos informais com os profissionais e outros usuários. O dispositivo da convivência problematiza em como fazer pessoas com transtornos mentais terem mais qualidade com a sua relação com o mundo e com a vida, e em qual é o papel dos profissionais em também garantir uma convivência saudável para ajudar essas pessoas.

4.7 Instrumentos:

No referencial teórico adotado, de acordo com González Rey (2012), o instrumento foi orientado para conseguir fazer emergir formas complexas de expressão através das quais as pessoas possam se mostrar com mais riqueza. Desta forma, entendo que não faz sentido o

pesquisador estabelecer instrumentos prontos a priori. A partir do momento em que estiver em campo, abrem-se questões e desafios, e o contato com os participantes da pesquisa levará à construção do instrumento.

Sendo assim, o instrumento pode adotar formas muito diversificadas, como: fotografias, discussão de filmes, sempre perpassando pelo diálogo e outras estratégias (González Rey, 2005). No caso desta pesquisa o principal instrumento foram as dinâmicas conversacionais.

Segundo González Rey (2012) as dinâmicas conversacionais permitem uma ruptura epistemológica da lógica estímulo-resposta, sendo que o pesquisador procurar quebrar esta posição hierárquica. O pesquisador e o pesquisado irão se envolver em um espaço dialógico de comunicação que se configura por relação não hierarquizada entre as pessoas que participam do diálogo. O que esta pesquisa quer propiciar é que este espaço dialógico permita que a pessoa expresse seus processos subjetivos. Mais do que isto, segundo González Rey (2005):

Os sistemas conversacionais, os quais permitem ao pesquisador deslocar-se do lugar central das perguntas para integrar-se em uma dinâmica de conversação que toma diversas formas e que é responsável pela produção de um tecido de informação o qual implique, com naturalidade e autenticidade, os participantes. Os elementos que nos indicam a qualidade do clima na qual a informação surge têm, nessa perspectiva, um maior valor para julgar a veracidade da informação, que os procedimentos operacionais associados à construção de instrumentos. (González Rey, 2005, p.45)

5 A Construção da Informação

5.1 Breves considerações iniciais.

O método que esta pesquisa foi inspirada é o construtivo interpretativo, sendo a construção da informação orientada por ele e pela Epistemologia Qualitativa (González Rey, 1997). Segundo Mitjáns Martínez e González Rey (2017), nesta perspectiva o objetivo central não é a construção isomórfica da realidade, mas a construção de modelos teóricos que possam pensar a realidade e que ganham consistência com o desenvolvimento das hipóteses e através dos indicadores da pesquisa.

Um aspecto da construção de informação, como ressalta González Rey (2005), é que ela parte de uma perspectiva construtivo-interpretativa, sendo assim, por excelência, um processo hipotético que é constituído a partir de reflexões do pesquisador o que se dá o nome

de indicador. Desta forma, cabe ao pesquisador, conforme os indicadores forem emergindo, dar inteligibilidade ao fenômeno e ir construindo um modelo para explicar aquilo que está tendo contato. Sendo este processo de construção da informação despidos de hipóteses a priori trata-se de “uma processualidade impossível de ser controlada por nenhum tipo a priori” (González Rey, 2005, p.22).

Um dos conceitos fundamentais para a elaboração da informação no método construtivo interpretativo é o dos indicadores, que são, segundo Mitjáns Martínez e González (2017), significados que o pesquisador vai atribuindo a expressões, sistema de expressões e eventos conforme ele está em campo, e que vão embasar as hipóteses que serão construídas ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Estes indicadores não são muitas vezes explícitos ou conscientes pelos participantes da pesquisa (Mitjáns Martínez & González, 2017).

Para Mitjáns Martínez e González (2017), os indicadores representam algo diferente de dados, já que os indicadores são construções do pesquisador e apontam para uma pesquisa que se organiza como um processo de construção: “um processo de construção teórica em desenvolvimento e não como assimilação de seus resultados a conceitos preestabelecidos ou a discursos em moda que operam na superfície declarativa das expressões dos participantes” (Mitjáns Martínez & González, 2017, p. 89).

A análise da informação se dará pela construção de eixos de análise temáticos, isto é, construções do pesquisador que se organizam após o trabalho de campo e a análise das informações. O primeiro deles é o de “Eixo Temático 1- A Institucionalização e a lógica biomédica dentro do CAPS: A diferença entre as políticas pública segundo a lei e sua expressão na assistência”, um eixo em que é discutido o processo institucionalização dentro do CAPS. O eixo 1 se divide em “Aspectos Institucionais Formais”, “A medicalização e objetificação das relações”. O eixo 2 é a “Dinâmica Conversacional- Participante Adriana”, em que, a partir de um caso, são problematizadas práticas diferenciadas em saúde mental, além de ser apresentado o transtorno mental por uma visão processual. O eixo 3 é representado pelos “Momentos Informais”, em que procuro refletir como os momentos informais podem ser importantes na compreensão da subjetividade social do CAPS e para uma área de intervenção tradicionalmente pouco enfatizada.

6 A Institucionalização e a lógica biomédica dentro do CAPS: A diferença entre as políticas públicas segundo a lei e sua expressão na assistência

O sentido desta parte da construção de informações é mostrar como, em diversos momentos, existe um abismo entre a legislação em saúde mental e a práxis no cotidiano do CAPS. A justificativa para este tópico é discutir que, embora a lógica manicomial apareça superada na lei e no discurso institucional, isto não ocorre quando observamos o dia a dia no tratamento dos usuários de saúde mental. Não se trata de querer apresentar uma denúncia contra o CAPS, mas problematizar como o paradigma biomédico ainda se apresenta enraizado na equipe e isso constitui a subjetividade social da instituição.

6.1 Aspectos Institucionais Formais

Apresento a seguir um trecho de conversação com o gerente do CAPS, naquele momento representado pela inicial I.C. O referido participante é descrito anteriormente no trabalho na seção participantes.

Pesquisador: Olá I.C, gostaria de fazer algumas perguntas para conhecer a instituição. Este CAPS é um CAPS do tipo II. Gostaria de saber quantos usuários de saúde mental vocês acompanham e quais as regiões que o CAPS dá assistência

I.C: Olá, Pedro. O CAPS atualmente cobre as seguintes regiões: Taguatinga, parte de Ceilândia, Sol Nascente, Vicente Pires, Pôr do Sol, Águas Claras, Areal e Arniqueiras.

Pesquisador: Certo. Quantos usuários vocês acompanham por mês?

I.C: Temos atualmente 1561 prontuários ativos, isto é, pessoas que de alguma forma são acompanhadas no CAPS seja em oficinas, consultas ambulatoriais, visitas, dentre outros procedimentos.

Pesquisador: Quantos profissionais vocês têm na equipe?

I.C: Atualmente contamos com 29 profissionais, dentre técnicos e assistentes administrativos

Para podermos dar inteligibilidade em relação à compreensão de diferentes processos relacionados às práticas do CAPS, precisamos também entender que tipo de instituição estamos falando. O CAPS II, segundo Portaria nº 336 (2002), como mencionado no cenário social da pesquisa, trata-se de uma instituição para atender uma área de 70 a 200 mil habitantes. No entanto, segundo o gerente, a referida instituição atende Taguatinga, parte de Ceilândia, Sol Nascente, Vicente Pires, Pôr do Sol, Águas Claras, Areal e Arniqueiras. Juntas, essas áreas têm quase 900 mil habitantes, segundo o IBGE (2019). Ou seja, o que

vemos na prática é que este CAPS funciona muito acima da capacidade do que conseguiria de fato atender. O serviço atender uma demanda maior do que preconiza a lei pode parecer algo presente de maneira na Saúde Pública, mas é necessário entender que o CAPS preconiza por um atendimento individualizado e com constante revisão dos procedimentos, técnicas e atendimentos aplicados. Então, certamente isto é uma grande contradição e quebra a lógica da saúde mental, fazendo com que os procedimentos tendam ser mais individualizados para mais protocolares, isto é, mais generalistas para todos os usuários de saúde mental. O fato da equipe ser pequena e o CAPS estar trabalhando muito acima do que preconizam as portarias, faz com que exista uma precarização das práticas, bem como prejudique o usuário de saúde mental como um todo. O usuário de saúde mental precisa de um atendimento individualizado e, muitas vezes, estratégias para além de um atendimento ambulatorial, um acompanhamento terapêutico e visitas domiciliares. Todavia, quando se está sobrecarregado geralmente o que acontece com os serviços é apostar em estratégias ambulatoriais de maneira muito frequente, além de soluções rápidas para a demanda em saúde mental como, por exemplo, a medicalização. Com a não revisão dos PTS, os casos são vistos de maneira simplistas e se perde a chance de responder melhor a demanda em saúde mental. Processo esse que se expressa no trecho a seguir:

Pesquisador: O CAPS prioriza um tipo atendimento que segue o PTS, isto é cada usuário tem um acompanhamento institucional individualizado, como é possível 29 pessoas realizarem o PTS atualizado de 1561?

I.C: A verdade é que não é possível fazer o acompanhamento individualizado de cada um deles por não termos pessoal suficiente. Fazemos o PTS no acolhimento e sua revisão quando é possível.

Pesquisador: Notei que muitos usuários de saúde mental são encaminhados de um Hospital Psiquiátrico. Como é um serviço substitutivo trabalhando junto com o hospital psiquiátrico?

I.C: Infelizmente são as contradições e dificuldades de se trabalhar na mesma região que um hospital psiquiátrico, sendo este tem mais recursos financeiros e de mão de obra.

Este CAPS recebe e dá encaminhamentos a um Hospital Psiquiátrico. Certamente uma grande contradição, no sentido que o CAPS é um dos serviços substitutivos dos manicômios e, portanto, ele encaminhar ou receber pacientes do Hospital Psiquiátrico apenas o fortalece como um recurso da saúde mental. Isto, de fato, tem um sentido político no que se refere à luta da Saúde Mental, que não se resume a conviver com os manicômios (hospitais

psiquiátricos), mas extingui-los. Por outro lado, O Hospital Psiquiátrico tem pelo menos dez vezes mais funcionários que o CAPS II estudado, então seria difícil para o CAPS simplesmente ignorar a existência dele, sobretudo porque o Hospital Psiquiátrico tem mais recursos humanos para lidar com crises agudas em saúde mental. Agora factualmente, enquanto os CAPS dependerem de Hospitais Psiquiátricos, mais difícil será de extinguir os manicômios, então os serviços de Saúde Mental precisam entender os possíveis desdobramentos políticos de continuar de alguma forma trabalhando junto com os hospitais psiquiátricos. Por último, é relevante pontuar que, de acordo com Brasil (2011), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que deveria substituir manicômios, compreendem: Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Centro de Convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, SAMU 192, Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre outros recursos. Mas a lei é clara, até o primeiro semestre de 2019, em não incluir os hospitais psiquiátricos dentro do RAPS, até para não termos uma contradição lógica. Importante ressaltar que no segundo semestre de 2019 segundo a nota técnica (anexo D) os hospitais psiquiátricos fazem parte da RAPS gerando muitas críticas por parte dos profissionais e usuários de saúde mental. Neste trecho temos um indicador da desassistência do usuário de saúde mental: é intrigante como uma instituição com apenas 29 profissionais pode conseguir dar assistência a quase um milhão de habitantes. Certamente é inviável pensar que estes funcionários conseguem cumprir o que preconiza a portaria de assistência em saúde mental, visto que muitos destes funcionários fazem apenas a função administrativa e não se envolvem na assistência. Importante recuperar que o CAPS adota um sistema de assistência pautado no PTS (Prontuário Terapêutico Singularizado), o que implica acompanhar, de maneira singularizada, uma abrangência de 900 mil habitantes e de 1561 prontuários ativos (como questionado com o gerente).

Fica visível como a instituição pesquisada não consegue desenvolver o PTS de maneira adequada como relatado por I.C. No CAPS em questão, o PTS de fato é feito logo no início de cada acolhimento, mas ao participar das reuniões de equipe pude observar que o processo de avaliação e reavaliação não é contínuo, visto que geralmente nas reuniões se discute no máximo cinco casos e outras questões administrativas.

Como o próprio I.C relata, tendemos à mecanização das práticas, a procedimentos engessados e a usuários de saúde mental que só comparecem para renovar a receita. Por exemplo, no estudo de caso que será apresentado posteriormente, a participante se encontra no CAPS por pelo menos dois anos, e seus últimos dez atendimentos na instituição foram apenas para renovar a receita.

Uma outra competência do CAPS segundo a Portaria nº 336 (2002), é de: (anexo C)

Para além de precisar exercer um atendimento singularizado para uma região que supera em quase cinco vezes sua capacidade máxima de atendimento segundo a legislação. O CAPS também precisa exercer uma função de ser gestor da rede de saúde mental, a organização, o matricialmente e instrumentalização das outras unidades de saúde mental são competências também do CAPS

Em seguida, o último trecho de conversação com o gerente:

Pesquisador: Vocês têm algum mapeamento da comunidade, isto é, sabem os recursos que estão aqui em volta? A comunidade participa da construção do CAPS?

I.C: Não temos um mapeamento formal, embora conhecemos alguns recursos que podem ser terapêuticos. Então o CAPS se mudou para cá faz pouco tempo, então a construção com a comunidade ainda é frágil. Temos as assembleias deliberativas do CAPS como um espaço de construção coletiva.

É compreensível o fato de o CAPS ser novo e por isso ter uma baixa articulação com a comunidade, como relatado por I.C. De fato, se estamos falando de um novo modelo clínico que podemos chamar de uma clínica psicossocial, é fundamental que se conheça toda a comunidade para poder articular os recursos dela. Em outro momento desse trabalho, abordei a vantagem de o CAPS ter o aspecto de uma casa e elogiei o fato de se localizar dentro da comunidade, o que não ocorre em outros CAPS do Distrito Federal. Realmente, isso é uma vantagem, todavia o fato de a articulação com a comunidade ainda ser baixa, e de não existir um mapeamento da comunidade prejudica o desenvolvimento da clínica psicossocial. Como pode se pensar em tirar usuários de saúde mental do isolamento se de fato não conhecemos a comunidade em que estamos inseridos? Isto faz com que, mais uma vez, todas as ações sejam planejadas e realizadas dentro do CAPS, mais um aspecto de uma instituição manicomial com quase nenhuma articulação com o social. As assembleias deliberativas de usuários, familiares e profissionais são mecanismos muito importantes, mas não suficientes para essa articulação com a comunidade.

6.2 A medicalização e objetificação das relações

Como pesquisador participei de algumas reuniões de equipe e pude participar de dinâmicas conversacionais com a equipe do CAPS.

Situação A

Profissional de Saúde A: Ele não está aderindo ao tratamento.

Pesquisador: Mas ele tem comparecido na oficina de música como tá no prontuário.

Profissional de Saúde A: Mas não tem feito uso da medicação e nem comparece às consultas da psiquiatria.

Situação B

Pesquisador: Nossa, eu não sabia que esse CAPS tinha cinco médicos.

Profissional de Saúde C: Sim, temos mais médicos e, com isso, o CAPS ficou bem mais cheio.

Pesquisador: Sim, reparei que o CAPS tá bem lotado mesmo de usuários

Um dos contextos que estou participando são as reuniões de equipe, e achei pertinente trazer algumas falas que expressam como toma forma o processo de medicalização. A medicalização é um termo bastante explorado por Conrad (1992), em que é problematizado como uma maneira de transformar toda a expressão da pessoa e toda a vida como sintomas que precisam ser medicados. Tal prática demonstra o caráter da medicina com o aspecto de controle social, sobretudo com o doente legitimando o campo de atuação dela. Evidentemente que não se trata de querer diminuir a importância da medicação no tratamento do usuário do CAPS, mas de mostrar como, para muitos profissionais, o tratamento se resume ao uso de medicação. Na cena A fica claro como, para muitos profissionais do CAPS, o tratamento ainda coincide com o uso de medicação e a participação de oficinas terapêuticas bem como outros recursos do CAPS são secundários ou acessórios. A ideia de tratamento coincidir com medicação não é algo presente apenas na representação dos profissionais, mas também entre os usuários do CAPS. Historicamente já temos uma representação da população em que o tratamento coincide com o uso de medicação, por isso é difícil fazermos os usuários de saúde

mental compreenderem outras formas de tratamento para além da medicação. Os manicômios não são apenas um espaço físico, mas uma lógica de objetificação, medicalização; uma eterna repetição de procedimentos e técnicas definidas a priori. E essa lógica já está naturalizada na rotina do CAPS. Então, tomar ou não a medicação passa a ser critério de aderir ou não ao tratamento. Essa coincidência denuncia que tipo de clínica está sendo criada: uma clínica focada exatamente neste ponto da medicação e como os outros aspectos da pessoa são deixados de lado.

Gostaria de abordar o processo da medicalização, o qual ocorreu o tempo todo na construção da informação, seja no cotidiano, nas reuniões de equipe e no estudo de caso clínico. A medicalização na literatura pode ser entendida com vários sentidos, dentre eles: uma medicalização sobre os fenômenos humanos e um controle dos corpos humanos pela medicina (Tesser, 2010). Esse controle se associa com um crescimento nos últimos anos dos números de hospitais, indústrias, laboratórios, médicos, bem como com a maior produção e distribuição de medicamentos (Tesser, 2010). Tudo isso, aliado a um paradigma biomédico que procura entender os fenômenos humanos como uma produção bioquímica. Se a concepção do profissional de saúde é entender os transtornos mentais como um desequilíbrio bioquímico, então faz sentido que o recurso mais valorado para o tratamento seja a medicação. Existe uma articulação entre o modelo biomédico e a medicação, segundo Barros (2002): “É provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização.”.

Na situação B relatada, surpreendo-me ao ouvir que o CAPS tinha cinco médicos, uma realidade bastante distinta de quando eu era residente, em que o CAPS tinha, no máximo, dois médicos. Mais uma vez, percebe-se que a vinda de mais médicos para a equipe coincidiu com um aumento da procura dos usuários de saúde mental procurando pelo serviço. Isto não é necessariamente um problema, mas considerando que a função dos médicos neste CAPS é uma função bastante tradicional da medicina (medicar), percebe-se que a própria população busca o serviço com o principal motivo a medicação. O que estou problematizando é como, tanto para profissionais quanto para os usuários, o aspecto da medicação tem um papel central no tratamento. Este ponto já trazido no trabalho de Goulart (2013, 2017), que se refere à nova institucionalização e o papel central do tratamento médico em detrimento aos outros recursos. Nas palavras de Goulart (2013) “o tratamento parecia ser configurado subjetivamente pelos usuários enquanto processo a ser realizado somente dentro dos muros do serviço de saúde

mental, consistindo estritamente em comparecer às atividades propostas e acompanhar fielmente as prescrições médicas”.

Segue outro trecho da dinâmica conversacional entre pesquisador e profissionais do CAPS em reunião da equipe:

Profissional da Saúde :Essa semana vamos cancelar o grupo de caminhada por estar chovendo.

Pesquisador: Que legal! Uma oficina fora do CAPS. Quantas oficinas fora do CAPS vocês tem?

Profissional de Saúde: Atualmente duas.

Pesquisador: E quantas oficinas no total?

Profissional de Saúde: Dez.

O que foi verificado é que das dez oficinas atualmente ofertadas no CAPS apenas duas são feitas extramuros, sendo que dessas duas (futebol e grupo de caminhada) a ideia é se encontrar no CAPS para sair para fora. Mais uma vez, verifica-se como esse processo de institucionalização no CAPS acaba coincidindo como uma instituição total, isto é, uma instituição que dá tudo para a pessoa e gera uma dependência dela em relação ao serviço. Quando temos esse tipo de instituição total, o grande problema é que o cuidado passa por uma tutela, e agora o profissional se vê impelido a fornecer tudo que ele imagina completar aquela pessoa, sufocando seu desenvolvimento e não promovendo a autonomia. Divergindo bastante do que preconiza Rotelli (1999), em que ele fala de um espaço para a clínica em saúde mental que foca nos espaços extramuros, bem como a reconstrução de vínculo dos usuários. A própria portaria, segundo Brasil (2011), preconiza que o tratamento dos usuários de saúde mental deve ser feito em uma Rede de Saúde Mental (RAPS) e valorizando os espaços extra CAPS. Por outro lado, o que se percebe é que o referido CAPS ainda concentra a grande maioria dos espaços para o tratamento do usuário dentro da própria instituição. Ao usar o termo instituição total me refiro a Goffman (1987), que problematizava instituições caracterizadas por estabelecimentos fechados que funcionavam em regime de internação, onde os usuários ficavam internados por um longo período. Esses espaços funcionavam como moradia, atividades educativas, do trabalho, lazer, ou de alguma atividade supostamente terapêutica ou correccional. Goffman (1987) mostrava como as relações de poder eram bem

demarcadas e como as pessoas passavam a depender daquele espaço para viver. Mais do que isto, como a pessoa se moldava ao serviço através de uma disciplina rígida. Nos últimos anos do século XXI aconteceram grandes transformações socioculturais assim como um “boom” da informática no cotidiano. Sendo assim, o controle social, a punição e a vigilância se transformaram. Então estamos falando de outros tipos de institucionalização e de instituições totais diferentes das antigas, mas essencialmente com a mesma lógica manicomial. O caráter de instituição total que me chama atenção é pelo fato de as atividades do CAPS ocorrerem majoritariamente dentro da instituição. Uma instituição que não busca sair de si mesma e não se articula com a rede tende a se tornar uma instituição total, que acredita que pode dar conta todos os processos subjetivos da pessoa sozinha. Mais do que isso, ao se instrumentalizar para fornecer comida, oficinas internas no CAPS e ambulatorial tradicional, cria-se um terreno propício para gerar uma dependência das pessoas em relação ao serviço de saúde mental.

Abaixo, apresento mais um diálogo durante uma reunião de equipe:

Profissional A: A usuária tá falando em se matar toda hora, melhor ligar para a família.

Profissional B: Mas ela não mora com uma amiga?

Profissional A: tô falando de família mesmo: pai e mãe.

Pesquisador: A relação dela não é melhor com a amiga que convive com ela todo dia?

Profissional A: É diferente... Mãe é mãe, o tipo de amor é diferente. É porque você não é mãe e não entende.

Profissional B: É verdade.

No trecho acima nos referíamos a uma usuária do CAPS que estava com ideação suicida. É interessante notar que a representação de família do CAPS, pelo menos por parte dessas duas profissionais, ainda é bastante demarcada com o biológico. Mesmo a usuária morando com uma amiga e convivendo mais com ela do que com o pai e mãe, existe uma insistência em entender família como apenas o biológico e, neste caso, quanto mais biologicamente perto, melhor. As profissionais parecem fechadas à concepção de família moderna, que entende que as pessoas da sua família não são, necessariamente, aquelas que mantêm um vínculo biológico. De fato, as profissionais não parecem se apegar ao critério de

vínculo afetivo, segundo o qual as pessoas da sua família são as que você tem mais vínculos afetivos. Além disso, existe uma defesa de um suposto amor materno como um tipo de amor natural e transcendental como mostrado no trecho da conversa “mãe é mãe”. A frase “mãe é mãe” se refere a uma quase naturalização deste amor materno, e que transcenderia outros tipos de relações. Este tipo de defesa da maternidade ideal impede que, muitas vezes, os profissionais de saúde problematizem de maneira correta a maternidade e questionem se há um grande amor/vínculo entre a mãe e a usuária de saúde mental. Este trecho mostra, também, que a configuração da subjetividade do CAPS é tradicional, o que dificulta a conexão institucional com a realidade. Muito dos usuários do CAPS não têm uma estrutura familiar tradicional, o que não quer dizer que não tenham família: eles se organizam em outros modelos familiares baseados no vínculo afetivo. Por último ficou clara a desqualificação do pesquisador por um tipo de argumentação “ad hominem” isto é: em vez de contra argumentar a fala do pesquisador, o que se buscou foi desqualificar o pesquisador pelo fato de não ser mãe.

Outra situação observei, desta vez na recepção do serviço:

Usuário de Saúde Mental: Oi, aqui é o CAPS? Eu venho do Sol Nascente para trocar a receita o psiquiatra.

Profissional de Saúde: Aqui não troca receita não, aqui precisa fazer o tratamento completo.

Usuário: Não troca receita não? Precisa fazer o que?

Profissional de Saúde: Precisa fazer a entrevista para depois marcar os grupos.

Usuário: E o psiquiatra?

Profissional de Saúde: Depois vai ser avaliado.

Usuário: Então venho depois.

Tratava-se de um caso de possível acolhimento institucional, mas que teve um desdobramento bastante diferente. Segundo Minóia, Natali Pimentel e Fabiane (2015), o acolhimento procura dar resolubilidade às necessidades de saúde aos usuários. Mais do que isso, o acolhimento busca um redirecionamento de ações com os usuários, fazendo com que toda a equipe possa participar e promover saberes e práticas em saúde mental. O acolhimento também não se trata, segundo Guerreiro, Mello, Andrade e Erdmann (2013), apenas de uma

mera prestação de serviços, pois implica necessariamente uma relação humanizada, cidadã e uma escuta qualificada. O que se sabe é que o acolhimento é o primeiro vínculo do usuário com a instituição e que nele se espera, também, uma adequação do serviço às necessidades do usuário. Portanto, é preciso muito cuidado da maneira em que esse acolhimento é feito para não se perder a oportunidade de oferecer o serviço de saúde.

No caso relatado acima, temos uma pessoa que tem o primeiro contato com o CAPS procurando um psiquiatra para trocar a receita e é desencorajado a procurar o serviço por apenas esse motivo. Aqui temos uma contradição, já que o profissional de saúde até percebe que o atendimento no CAPS pressupõe mais do que o atendimento na psiquiatria, mas acaba perdendo a oportunidade de conhecer melhor o caso ao colocar tantas barreiras de acesso ao serviço: fazer uma entrevista e marcar um grupo para depois ser avaliado se a pessoa precisa ou não de atendimento com o psiquiatra. Os usuários de saúde mental, de maneira geral, não têm conhecimento da lógica da saúde mental, tampouco da estrutura do funcionamento do CAPS. É natural que esses usuários venham buscar o serviço procurando pela medicação; é uma situação esperada. No entanto, as muitas barreiras ao acesso, a falta de um acolhimento para sensibilizar os usuários sobre a importância do tratamento, e ao fato de se escutar pouco os usuários, fazem com que eles desistam sem sequer iniciarem o tratamento. O que foi observado é que para os usuários serem de fato incluídos no serviço, às vezes, são necessários até três encontros sendo eles: 1. acolhimento inicial, em que se procura entender a história e os principais sintomas; 2. uma reunião explicando sobre o serviço e as oficinas e 3. um encontro em que se constrói, de fato, o PTS. Considerando que o CAPS deveria atender os casos com transtornos graves e persistentes, e como se trata de um serviço público que atende muitas vezes uma população de baixa renda, esses indicadores revelam como essas barreiras impactam os usuários começarem o tratamento ou não. Não ao acaso, segundo a gerência do serviço, a taxa de desistência de adesão chega a até 40%, sendo que pelo menos 30% dos usuários desiste logo nas duas primeiras semanas após o primeiro dia de acolhimento. Mais uma vez, com tantas barreiras ao acesso, é natural que a desistência seja elevada.

A seguir, outra cena descrita em outro dia, mais precisamente no dia da reunião de equipe. Nas datas dessas reuniões, o CAPS fica fechado, e tive um diálogo com uma usuária do CAPS em frente a ele.

Pessoa A: Olá, gostaria de ser atendida pelo CAPS, trouxe meu irmão.

Segurança: Desculpe, nesse horário é reunião de equipe e o CAPS fica fechado.

Pesquisador: Vocês já conheciam o serviço?

Pessoa A: Eu não conhecia, mas fiquei muito frustrada, falaram que podia vir qualquer hora. Então trouxe meu irmão e agora está fechado.

Pesquisador: Da onde vocês vieram?

Pessoa A: Sol nascente, viagem perdida.

Pesquisador: Você pretende vir outro dia?

Pessoa A: Não sei, vou ver.

A barreira ao acesso observada é o fato que às terças-feiras, no período da tarde, o CAPS permanece fechado. Sim, o CAPS é descrito como um serviço de portas-abertas (Brasil 2012), isto é, qualquer pessoa poderia procurar o CAPS, com ou sem demanda de saúde mental ou sem encaminhamento médico, e mesmo assim seria acolhida. Sendo assim, entendo que a reunião multidisciplinar esteja em consonância com as portarias (Brasil, 2012). Essas portarias sugerem que o tipo de atendimento deve ser feito em equipe multidisciplinar, mas encontrar o CAPS com as portas fechadas, um serviço que supostamente deveria atender emergência em saúde mental, certamente é uma medida que deve ser urgentemente revista. Nesses casos em que o CAPS permanece com as portas fechadas geralmente quem recepciona é um segurança sem qualificação para trabalhar com usuários de saúde mental. Esse contato mais uma vez se mostrar inadequado, sobretudo porque muitos usuários do serviço são moradores de rua e/ou usuários de drogas e muitas vezes tem uma representação social ruim de policiais/ seguranças. Pude interagir com uma família que procurou o serviço e teve que voltar outro dia após falar com o segurança.

É importante evidenciar como o CAPS, ao deixar as portas trancadas, acaba criando uma barreira de acesso para possíveis usuários do serviço mental, perdendo a chance de acolher a pessoa institucionalmente. O CAPS, por ser um serviço público, tem um número elevado de pessoas de baixa renda, que moram em regiões distantes e de extrema vulnerabilidade social. Neste caso, a usuária vinha da região Sol Nascente, maior favela da América Latina, e para se chegar no CAPS teve gasto de transporte e outras despesas como perder um dia de trabalho e alimentação. O que estou problematizando é que, para uma pessoa de baixa renda, deslocar-se até o CAPS e encontrá-lo de portas fechadas é certamente muito frustrante e representa uma barreira ao acesso. Sendo assim, o CAPS precisa rever sua maneira de acolher as pessoas, sobretudo respeitando suas vulnerabilidades sociais.

A seguir duas outras cenas presenciadas na reunião de equipe:

Cena A:

Profissional A: A Júlia veio hoje na oficina?

Profissional B: A histérica?

Profissional A: Isso.

Cena B:

Profissional C: Ah, mas ela faz isso porque tá querendo chamar atenção.

Profissional D: Sim, ela é border. Faz essas coisas para chamar atenção.

Essas duas cenas se referem a duas situações distintas. Na primeira, se tratava de uma conferência para saber quem tinha ido à oficina da caminhada. Como existiam duas mulheres com o nome Júlia, a profissional identificou uma delas rotulando de histérica. Na segunda cena as profissionais se referem a uma usuária de saúde mental cuja suas crises suicidas eram vistas como um comportamento para chamar a atenção. Importante ressaltar que na cena B o diagnóstico mencionado “border”, refere-se ao transtorno de personalidade borderline. Essas cenas ilustram que, em reuniões cotidianas, compostas por momentos formais e informais, a equipe do CAPS faz, com frequência, referência ao diagnóstico ou estrutura dos usuários. Não é grave adotar os nomes de diagnósticos médicos descritos na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e, mas como este uso é demasiadamente banalizado, há uma tendência de se explicar os comportamentos por causa do diagnóstico, e não se busca entender a complexidade de cada caso. O uso do diagnóstico em vez do nome para se referir aos usuários é bastante frequente nas reuniões. Novamente, os manicômios tendem a colocar o transtorno em evidência, em detrimento de compreender quem é a pessoa atendida, deixando sua história, gostos e vivência em segundo plano. Desta forma, o tratamento daquele paciente levará em consideração, majoritariamente, o diagnóstico do transtorno. Como exemplo, um paciente com transtorno bipolar atendido em um hospital psiquiátrico, provavelmente sairá da consulta com uma receita de *Carbolitium* independentemente dos aspectos da sua vida. Quando vemos uma equipe que explica grande parte dos comportamentos por seus diagnósticos, e não compreende a pessoa que está na sua frente, tendemos à mecanização e “protocolização” das práticas. A utilização dos códigos das

doenças no lugar do nome da usuária também é um indício claro de qual clínica estamos exercendo; uma clínica em que o diagnóstico do transtorno mental é o que está em evidência. Uma pessoa não é um CID, não é um código do DSM. A pessoa está para além de um conjunto de sinais e sintomas; ela tem um conjunto complexo de relações que precisam ser entendidos, ela tem uma história que tem uma relação com o seu sintoma e isto precisa ser visto para uma clínica psicossocial. Por outro lado, se referir ao usuário utilizando apenas o seu diagnóstico faz com que o problema se resuma nas próprias características das doenças. Nesse caso, border ou histérico, por exemplo, poderiam ser vistos apenas como um problema individual, perdendo-se a oportunidade de considerar a situação como uma produção coletiva. Analisar um transtorno mental coletivamente é entender como este se constitui socialmente, para além do orgânico, e entender seu caráter multifatorial. Atribuir o transtorno mental apenas ao individual simplifica a questão: não existe um esforço de entender a história do usuário de saúde mental, tampouco as representações do adoecimento.

Importante ressaltar que na escola segundo Silva (2016), existe todo um movimento de transformar o fracasso escolar em patologia, sendo assim os próprios educadores recorrem à busca de um diagnóstico médico para se sentirem mais seguros na sua atuação. Obviamente essa avaliação se dará de maneira individual, guiada pelo saber médico da psiquiatria hegemônica que se fundamenta no paradigma biomédico (Silva, 2016). No consultório, a criança será avaliada apartada da escola e de todo o social. Ao se identificar a patologia, então, a escola pode “relaxar” quanto à sua responsabilidade no fracasso escolar, pois pode utilizar a patologia como uma desculpa para o mesmo. Um movimento semelhante ocorre no CAPS, em que o fracasso terapêutico ou a não adesão ao tratamento se justifica pelo CID ou diagnóstico da doença.

Outro ponto que gostaria de abordar aqui se refere à objetificação. A objetificação é um termo que pode ser compreendido como “analisar alguém no nível de um objeto, sem considerar seus atributos emocionais e psicológicos” (Lourenço, Artemenko, & Bragaglia, 2014) Este tipo de objetificação já foi descrito em diversos contextos, por exemplo quando se faz uma propaganda usando o corpo de uma mulher para vender um produto: então isso é a objetificação do corpo da mulher. O que eu chamo de objetificação no CAPS é o fato de, muitas vezes, os usuários não serem tratados de maneira humanizada. No meu relato anterior, expus duas situações em que isso ocorre: a primeira delas no uso indiscriminado dos CIDs e rótulos para se referir a um usuário, e a segunda o fato do usuário ser recebido pela segurança do CAPS durante a reunião de equipe. Mais uma vez, quando rotulamos alguém, ou resumimos aquela pessoa a um CID, perdemos a chance de conhecer aquela pessoa, entender

o seu comportamento e compreender suas relações. Todo o comportamento a partir da rotulação fica resumido como sinais e sintomas de um CID. CID este descritivo, mas não explicativo. Sobre o segurança receber o usuário, também vejo uma objetificação, em que aquela pessoa é tratada só como mais um, e não se tenta nem entender o que lhe está ocorrendo. Por isso, há constante objetificação no CAPS. Mais uma vez, a objetificação, rotulação, medicalização são maneiras de não se conectar a aquela subjetividade e apontam, novamente, para uma lógica manicomial do serviço.

Essa perspectiva de adotar o sintoma como central no tratamento é bastante presente na perspectiva do modelo biomédico, mostrando como a instituição ainda se apegua a este modelo de produção e compreensão dos fenômenos. O modelo biomédico, de fato, procura dividir mente e corpo, concluir que a doença é fruto de um agente patógeno (bactéria, fungo, vírus etc.) e o não abarca os aspectos subjetivos, culturais e psicológicos da doença (Straub, 2003). Além disso, o modelo biomédico procura uma separação entre observador e objeto, adotando uma postura supostamente neutra. Existe a defesa desse “distanciamento objetivo”, que é visto como uma qualidade positiva da pesquisa ou ato médico em não querer se misturar com o objeto de ação, sendo associado ao sucesso terapêutico da ação. Todavia ao se adotar essa perspectiva no CAPS, há uma dificuldade de se compreender uma visão do todo e de se entender os múltiplos sentidos dos sintomas e da vida das pessoas. Desse modo, apela-se para explicações reducionistas, como a rotulação para explicar seus comportamentos utilizando termos como “a histérica”, “o obsessivo”, ou um código do CID para explicar determinado comportamento.

A subjetividade social do CAPS se expressa de várias formas que estão para além dos registros individuais que aparecem neste trabalho. Evidentemente que a subjetividade social e individual são sistemas coexistentes, indissociáveis e os processos sociais participam da vida de cada indivíduo. No entanto, ao se observar uma subjetividade social que se expressa de forma manicomial dentro do CAPS, não é possível esperar novas produções de sentidos subjetivos que não caminhem na direção da institucionalização.

Em outros trabalhos em instituição de saúde (Goulart, 2013), e até na área de educação (Silva, 2016, Bezerra, 2014), o processo de medicalização e objetificação também ocorre. Se no CAPS os diagnósticos têm um papel central no tratamento acompanhados da medicalização, isto também ocorre nas instituições de educação. O que vemos nos trabalhos na área de educação é o diagnóstico indiscriminado e uma simplificação do estudo de cada caso. Neste contexto, procura-se, por exemplo, dar um diagnóstico de uma criança que tem TDAH acompanhado de uma medicação em detrimento de outras maneiras de compreender

aquela criança. Então, fatores como família, relações sociais da criança, relação com a escola, amigos, história da criança, entre outros, são ignorados em detrimento a uma clínica focada no diagnóstico e medicação.

Trago, aqui, uma reflexão mais ampla: o que se observa é que, a partir dessa tensão entre a subjetividade social e individual, irão emergir os novos sentidos subjetivos. Mas o CAPS não é uma instituição isolada, portanto nele estão presentes valores como da opinião pública, da cultura, da família e do próprio saber médico aprisionando uma maneira de se entender a pessoa. Sendo assim, existe uma articulação da subjetividade social manicomial do CAPS com a da própria sociedade. O que se observa socialmente é que, cada vez mais, temos um número maior de doenças mentais nos manuais médicos associado a novas medicações e diagnósticos. Sendo assim, a subjetividade social encontrada no CAPS não é muito diferente de uma **subjetividade social em que vivemos**, de forma que a própria sociedade passa a ser encarada agora como um grande manicômio.

A próxima cena foi observada em uma conversa informal com o ex-gerente do CAPS (I. C.) após uma reunião de equipe. Mais uma vez, a construção do tipo de instituição que estamos lidando se traduz para além das intervenções e momentos formais

Pesquisador: Por que nas reuniões de equipe não temos os usuários participando? Só tem os profissionais.

I.C: Pois é acabamos fazendo essa divisão. Os usuários têm as assembleias.

Pesquisador: Mas não acaba prejudicando essa divisão? Digo, os usuários devem ter muito o que falar sobre o serviço e eu penso que a reunião de equipe é um local privilegiado

I.C: É uma boa ideia.

Mais uma vez, vejo essa divisão bem marcante, entre os que têm o poder e os que não têm. Vejo sistematicamente que nas reuniões de equipe os profissionais se distanciam dos usuários, seja usando rótulos (como relatado anteriormente), recorrendo a explicações simplistas para justificar insucessos terapêuticos, ou colocando seguranças para receber os usuários de saúde mental. Todos esses indicadores nos levam a conceber que, de fato, trata-se de uma instituição com uma configuração subjetiva manicomial, em que a divisão entre os que têm poder e os que não têm é bastante clara. Para além desta fala, observo outras

posturas, como o uso recorrente de jaleco por alguns profissionais, uso de crachá, dentre outras posturas. Um fator bastante positivo, e o que não existe em todos os CAPS e foi mencionado pelo ex-gerente, tratam-se das assembleias. Segundo Brasil (Brasil, 2004):

“Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.” (Brasil, p.07, 2004)

O que se observa é, que de fato, os usuários tinham um espaço para expor suas demandas, problematizarem o cotidiano, pensar o serviço, e que nessas assembleias os profissionais também participavam. Entendo que o CAPS tem muitos aspectos manicomial, mas o fato de as assembleias serem semanais ou quinzenais, e das demandas serem repassadas para a gerência, faz com que os usuários tenham uma participação maior na construção do serviço.

Com base nas construções de informação, até o momento podemos refletir a partir do espaço da convivência, das reuniões de equipe, da dinâmica conversacional com o ex-gerente e dos aspectos institucionais e contextuais do CAPS. Todos esses contextos fornecem indicadores suficientes para pensarmos em uma configuração subjetiva institucional manicomial, bastante focada na medicação e com uma concepção do transtorno mental bastante fundamentada no modelo biomédico. Essa realidade é bastante preocupante considerando o que se procura no CAPS é poder pensar os casos pelo paradigma psicossocial e da clínica inventada.

7 Dinâmica Conversacional- Participante Adriana

A estratégia de dinâmica conversacional foi usada com uma usuária do CAPS que chamamos, no presente estudo, de Adriana. Adriana tem 55 anos, encontra-se no CAPS há 5 anos, apresenta sintomas de transtorno obsessivo compulsivo, como por exemplo ser acumuladora, rituais longos para sair de casa e medo do poder do pensamento (pensamento mágico). No tópico “Participantes” deste trabalho, procuro dar mais informações sobre a usuária. O contato inicial com a usuária de saúde mental se deu em uma visita. A dinâmica

conversacional que pretendo relatar abaixo se passou na casa dela, tendo começando na frente do portão, e depois no interior de sua residência.

Um aspecto me chamou atenção e relato aqui:

Pesquisador: Olá, boa tarde. Meu nome é Pedro Bonaldo e sou psicólogo do CAPS. Eu vim aqui porque gostaria de acompanhar o seu caso para que a equipe possa te atender melhor.

Adriana: Boa tarde. É do CAPS, é? Mas eu já tomei remédio na semana passada com a enfermeira

Pesquisador: Eu não vim para falar só de remédio, vim te conhecer e me apresentar como alguém que gostaria de acompanhar o seu caso

Adriana: Mas se não veio pelo remédio, por que está aqui?

Pesquisador: Para saber como está sua vida, vejo que fica bastante tempo em casa, será que eu poderia entrar para conversarmos?

Adriana: Sim, tudo bem.

Temos uma expressão da representação que a usuária tem a respeito do CAPS, a medicação é central na sua forma de reconhecimento desse espaço, o que nos possibilita refletir sobre a forma que o serviço está organizado. Mais uma vez, essa realidade não é só vista nos CAPS, mas nos próprios manicômios o tratamento gira em torno da doença e da medicação, e vemos isso sendo reproduzido dentro do CAPS. Penso que a usuária do serviço já estava bastante acostumada com a constante sensibilização da equipe para ela tomar a medicação, e por esse motivo ela esperava que no primeiro contato eu já abordasse diretamente esse tema. Quando passo a me interessar pela pessoa que vou atender, eu me desloco para fora de uma lógica manicomial: eu passo a querer entender seus gostos, suas opiniões, seus passatempos, seu sofrimento, enfim; começo a me interessar pela vida. Nesse trecho temos um indício sobre a forma como os usuários se relacionam com o contexto do CAPS: a ideia de que o remédio é o único recurso possível para o quadro da pessoa. Essa representação é também compartilhada pelos profissionais. Uma prática diferenciada em saúde mental seria uma prática comprometida não apenas com a doença, mas sim com a vida das pessoas. A medicalização é muito presente na dinâmica do CAPS como um todo, aparentemente é o fator que tanto os profissionais quanto os usuários fazem referência como uma representação de tratamento. Por diversas vezes, a ideia de tratamento coincide apenas

com a medicação, todo o resto como as oficinas e as atividades fora do CAPS parecem ser apenas algo complementar ou acessório. A subjetividade social do CAPS configura-se, o tempo todo, que o tratamento que importa é a medicação dentro de um modelo biomédico, como discutido em outros trechos de informação. Novamente, o campo da saúde mental procura olhar a pessoa na sua integralidade, por isso na minha interação no primeiro dia eu pouco falei de remédio e quis aprofundar sobre a história da usuária. Essa foi uma tentativa de oferecer para a usuária novos modelos do que é tratamento para além do mais tradicional, que é a medicação. O modelo que tenho a intenção de discutir se baseia na importância da vida das pessoas: seus gostos, hobbies, programas de televisão, medos, sonhos, enfim; tudo aquilo que participa da configuração da experiência humana. Para pensarmos em práticas diferenciadas em saúde mental, não basta conhecer sua síndrome clássica de TOC e saber os motivos que a fizeram adoecer, mas sim poder falar das suas potencialidades e de como resgatar esse outro lado da vida tão esquecido pelos usuários de saúde mental. Estou problematizando que, se quisermos novas práticas em saúde mental, precisamos desfocar da doença e olhar para a vida e potencialidade das pessoas.

Após entrar na casa de Adriana, deparei-me com um local bastante sujo e com muito lixo acumulado na sala e no quintal, então perguntei:

Pesquisador: Você mora com alguém aqui?

Adriana: Não, atualmente eu moro sozinha. Na verdade, ao longo da minha vida, eu fui abandonada por todos: filho, irmão, primos e tios. É assim, meu filho, você fica velha e as pessoas te largam. Hoje em dia eu praticamente não recebo visitas.

Pesquisador: No seu prontuário tem o relato de uma irmã que te acompanha, ela também participa sempre do grupo de família.

Adriana: Ah é a Fernanda! É... De vez em quando ela vem aqui

Pesquisador: Quantos dias por semana ela vem te ver?

Adriana: É quase todo dia, mas é tão rápido.

Pesquisador: Eu vejo que você vai muito ao CAPS para as consultas psiquiátricas, mas acredito que o tratamento do CAPS é mais do que só a medicação.

Adriana: Eu já fui lá para conversar com psicólogo, mas de que a conversa vai adiantar?

Pesquisador: O tratamento é mais que medicação, precisamos entender quais fatores seus ajudam para este adoecimento e buscar outras formas de cuidar de você e não só a medicação.

Adriana: O que mais?

Pesquisador: Pensei na oficina de música, você me disse que gostava de músicas e o seu rádio está ligado.

Adriana: Pode ser.

Neste trecho, ela fala do abandono e do envelhecimento, na falta de valor que os parentes próximos revelam em relação a ela. São processos da subjetividade social dominante com relação ao envelhecimento e, ao mesmo tempo, da subjetividade social de sua família que se expressa na qualidade do relacionamento dela com os filhos. Na nossa sociedade existe um aspecto de desvalorização da pessoa conforme envelhece, sobretudo quando ela não cumpre mais a função de produzir algo. Essa configuração da subjetividade social no mundo capitalista é central em associar valorização social com produção. Como no envelhecimento, muitas vezes, a pessoa se aposenta ou simplesmente diminui sua produção, é comum ela realmente ser desvalorizada por seus pares e até abandonada. Isto é, quando não se tem mais algo que se produz, a pessoa perde o espaço social. Durante a fala, a usuária do serviço de saúde mental demonstrou estar referenciada em fatores externos para explicar sua condição. Em diversos momentos de nossas interações, ela procurou responsabilizar os outros pelo seu adoecimento. Uma posição referenciada ao outro externo aliada ao entendimento de Adriana de que apenas o remédio é importante no seu tratamento faz com que seja difícil para ela se tornar protagonista do seu tratamento e se envolver em outras atividades oferecidas pelo CAPS. Ela está referenciada nos processos externos a ela: a família a abandonou, o remédio é o melhor tratamento. Essa postura é um indicador de que ela não consegue se reconhecer como protagonista da própria vida. A questão é que, novamente, ela não se implica nas suas ações colocando o motivo de seu abandono como um processo natural da velhice, naturalizando o abandono em si. Por esse motivo problematizei, mais tarde com a equipe, alternativas para o seu tratamento, sobretudo incluindo atividades que dependam mais dela do que de um esforço da equipe. O que foi proposto, visto que ela parecia gostar de músicas, é que ela pudesse se envolver neste tipo de oficina que se alinhava com seus gostos. O único recurso que era visto como terapêutico para a usuária era, de fato, a medicação, uma extensa sensibilização quanto aos recursos do CAPS foi feita. A participante se encontrava pouco engajada com as oficinas terapêuticas e apenas renovando a medicação de tempo em tempo.

Mais uma vez um indicador de que uma subjetividade social manicomial sustentava as crenças de o tratamento ser reduzido apenas à medicação. Na verdade, ela expressa a forma como representa a psicoterapia quando se refere ao termo “conversar com psicólogo”. Segundo Mori (2019), “O diálogo é ferramenta essencial para que o psicoterapeuta possa desenvolver diferentes estratégias no percurso da psicoterapia assim como a partir dele gerar hipóteses sobre os processos subjetivos configurados nesse contexto”. No entanto, ela não reconhece a importância do diálogo da psicoterapia, pois julga como ineficiente, não sendo engajador para ela. O diálogo em psicoterapia não se apresenta como processo mobilizador de reflexões para ela. Isso também é uma produção da subjetividade social dominante que implica pensar na solução rápida de sintomas, sem o engajamento em reflexões de outra ordem. A subjetividade social atual procura por soluções rápidas e fáceis como a medicação, a autoajuda, o coaching, dentre outras formas de “receitas mágicas” para os problemas da vida. Com Adriana não é muito diferente, já que temos a desvalorização da reflexão e da conversa para a busca de algo que transforme sua vida do dia para a noite. Nos diálogos relatados, fica bem claro como ela não parece aberta a psicoterapia. Para ela, a psicoterapia é apenas uma conversa e pouco vai ajudar para o seu caso. Mais uma vez, fica evidente a sua não receptividade a formas de tratamento que não sejam a medicação, o que explica a minha insistência em tentar mostrar outras formas de tratamento para ela. Embora ela tenha apenas 55 anos, a usuária considera que está na velhice, fase da vida que associa ao abandono. Aparentemente os anos que passaram não trouxeram apenas as dificuldades relativas ao amadurecimento, mas uma vivência de abandono por parte da família. Na próxima cena relatada notei bastante questões relativas ao gênero e papéis sociais bastantes tradicionais. O diálogo seguir aconteceu no CAPS após a usuária participar de uma oficina de música

Pesquisador: Como foi sua semana?

Adriana: Bastante parada. Todo dia é a mesma coisa, cozinhar e tomar conta da casa.

Pesquisador: Você gosta de fazer essas atividades?

Adriana: Não, mas precisa fazer né, sempre foi assim né, sempre fiz essas coisas em casa. Coisa que mulher tem que fazer.

Pesquisador: Mas nem todas as mulheres fazem isso. Têm mulheres que não gostam de cozinhar e tomar conta da casa.

Adriana: Isso é coisa de mulher que estuda, não é pobre e presta para alguma coisa.

Neste trecho, expressa-se sobre a forma como Adriana se relaciona com a vida, a forma como a vitimização se configura como um processo importante na maneira como sente a vida. Adriana coloca novamente as causas do seu sofrimento como algo externo a ela. Além disso, temos também o fato que diante das contradições expostas (o fato de ser mulher e os papéis “naturais” destinados a elas), ela parece prisioneira em relação a estes papéis ditos femininos e permanece presa a um modo de vida atual. O seu modo de vida leva a uma ritualização do cotidiano que se coloca como o único caminho a ser seguido, a única verdade da pessoa. Isso impede que ela possa ter uma reflexão crítica e que novas produções subjetivas não associadas e doenças emergjam; tudo parece muito natural e normal para ela. Não que ritualização, necessariamente, seja causadora da falta de reflexão. Penso que o fato de Adriana não ter conseguido fazer reflexões em outro nível e sua ritualização faz parte da naturalização da própria vida. Ela se vê sem alternativas, com obrigações que não sabe bem explicar o porquê, associando isso com uma certa ordem natural da vida. Adriana de fato não questiona a vida, o que a entristece por não ver e sentir como tendo outros caminhos. Adriana se vê como mulher, pobre e sem alternativas, uma naturalização de como o mundo deve ser e do que ela deve fazer, que está atrelada a questões sociais e de gênero. Adriana se reconhece sem alternativas por ser uma mulher de uma determinada classe social, as produções subjetivas relacionadas a gênero e classe social se expressam na naturalização e na dificuldade de abrir alternativa no contexto atual da sua vida. Não só em relação ao gênero, mas da sua condição socioeconômica. Fica claro como o desempenho das funções tradicionais de gênero fizeram parte de suas atividades ao longo da vida e atualmente são fatores que participam do seu adoecimento. Zanello e Bukowitz (2011) apontam que o adoecimento psíquico é bastante demarcado pela categoria gênero, isto é, a identificação ou não com os papéis de gênero participam do adoecimento da pessoa.

No final do diálogo, relatado a seguir, Adriana pôde compartilhar um pouco de quando seus sintomas apareceram e falou um pouco da sua tristeza em se sentir abandonada:

Pesquisador: Você disse que não presta para coisa alguma, mas você não cuidava da sua mãe até a morte?

Adriana: A gente cuida dos outros, toma conta dos outros. Para você ver desde que minha mãe morreu as coisas foram piorando, imagina que eu cuidei a vida dela toda e agora nenhum irmão meu me valoriza, ninguém vem me visitar, ninguém liga direito, foi assim que as coisas pioraram. Eu cuidava dela, dava banho, ela é como se fosse minha bebezinha, sabe, agora não sinto mais vontade de nada, nada.

A mãe era a forma como ela se envolvia na vida e explicita o valor que ela tinha na família. Aqui também há questões de gênero, veja a filha sozinha é quem toma conta da mãe, algo bastante perpetuado na nossa cultura. Por isso a importância de termos nossas próprias metas, sonhos e caminhos. Adriana centrou a vida em um aspecto apenas: a atribuição única de cuidar desta mãe, e ela, aparentemente, se mantinha ocupada cuidando da mãe o tempo todo. Quando a mãe morre, Adriana entra em desespero porque o sentido estava orientado pelo que ela fazia para a mãe, agora ela não tem outras pessoas ou ocupação. Por isso a importância de nos conhecermos e podermos buscar nossa satisfação, nossa aspiração para além do cumprimento e naturalização de um papel de gênero. Outro fato importante é que a família de alguma forma reconhecia e valorava este lugar dela de cuidadora de mãe, por isso ela tinha todo um espaço social valorado pela família em prestar estes cuidados. Quando a mãe morre, ela perde toda sua conexão com a vida, um lugar na família. Esse trecho reforça a hipótese anterior ao falar de se sentir abandonada, quando ela perde o local de filha cuidadora da mãe ela se sente abandonada pela mãe, mas também pelos irmãos que a valorizavam por exercer esse tipo de cuidado. Adriana se refere à mãe como “bebezinha”, pensando que poderia existir uma verdadeira inversão transgeracional, de, no fundo, ela se sentir mãe da mãe. A posição de cuidador da mãe tinha um papel central na vida de Adriana e, sem isso, o adoecimento foi agravado. O que fica claro é como um transtorno tem uma forma de configuração complexa, sendo constituído por diferentes experiências pessoais. Assim, é necessário entender como essas múltiplas configurações subjetivas estão associadas ao transtorno.

No próximo momento ela expõe outra situação interessante:

Adriana: Olha, Pedro, eu vou te contar uma coisa. Eu sempre fiz de tudo para minha mãe. Quando ela morreu perdi a vontade das coisas, fiquei triste muito triste. Dava banho, cuidava da casa, fiz tudo!

Pesquisador: Imagino o quanto deve ser difícil a vida sem ela.

Adriana: Muito, nossa. Foi aí que depois da morte parei com tudo, às vezes nem vontade de banhar eu tenho.

Pesquisador: Depois da morte você tomou menos banho e passou a guardar mais as coisas em casa?

Adriana: Sim. Na verdade, eu sempre tive essas coisas, mas fiquei mais nervosa e fico repetindo, deixo o lixo na casa.

Pesquisador: Você deixava o lixo na casa quando sua mãe estava viva?

Adriana: Não, foi depois. Antes eu deixava tudo limpinho

Pesquisador: E por que a mudança?

Adriana: não sinto mais vontade de limpar as coisas

Pesquisador: Só tinha vontade de limpar pela sua mãe?

Adriana: É.

Pesquisador: Você gostava muito dela, no entanto, eu fico imaginando se não pode fazer as coisas para você mesma, não só as obrigações, mas também algo que goste.

Aparentemente, os sintomas do TOC já acompanhavam Adriana muito antes da morte da mãe, todavia com a morte os sintomas foram agravados e ela ficou ainda mais fragilizada. Ela relatava, inclusive, que antes era mania de limpeza, ou seja, ela cuidava da casa até de maneira excessiva. Depois da morte da mãe, aquela mania de limpeza se inverte, Adriana passa a acumular lixo em casa. Interessante como a produção de sentidos subjetivos não se configura de maneira linear: a participante tinha mania de limpeza e cuidado excessivo com a mãe e agora passa a ser uma acumuladora. Isto mostra como os sintomas psiquiátricos têm associação com a vida da pessoa. Por isso, é tão equivocada uma abordagem da psiquiatria hegemônica com o foco apenas em remover ou mitigar os sintomas psiquiátricos da pessoa. E pior ainda: acabar com o sintoma não se atentando que ele é uma produção subjetiva da pessoa. Os sintomas não são aleatórios ou provêm de um substrato orgânico e, sim, são produções subjetivas que se articulam com a vida da pessoa. A sintomatologia de mania de limpeza pode indicar o valor da sua mãe para ela, e esse valor se expressa na forma como cuida da casa quando a mãe estava viva.

9 Momentos Informais

Neste tópico, procuro mostrar como os momentos informais podem ser usados como uma maneira de intervenção. Importante entendermos que quando pensamos em intervenções em saúde mental esta pode estar para além do contexto clínico.

No próximo trecho de informação, trago uma cena do cotidiano do CAPS, em que os usuários jogam dominó e eu estou participando; trata-se de um momento informal. No caso,

minha interação é com o seu Antenor, de 55 anos, que é atendido no CAPS há dois anos. Antenor aparece quase todos os dias no CAPS e permanece no local por horas.

Antenor: O bom de vir para o CAPS é isso.

Pesquisador: O que?

Antenor: Aqui dá para encontrar as pessoas.

Pesquisador: Você não pensa na alta?

Antenor: Eu gosto daqui.

Pesquisador: Eu entendo que goste de ficar aqui, mas é importante olhar para os outros espaços da sua vida também.

Antenor: É, até que passo tempo demais aqui.

No trecho de informação descrito relato, um aspecto preocupante do CAPS, o fato de que os usuários ficam dependentes do mesmo, isto é, a ideia que a instituição passa a ser tudo na vida, até para os momentos de lazer. Claro que a clínica psicossocial também leva em consideração os momentos de lazer e inclusive Brasil (1990) problematiza que um dos determinantes e condicionantes da saúde é o lazer, sendo assim é importante se investir nesse dispositivo. Neste caso em que o usuário está presente no CAPS todos os dias e por muitas horas, é importante que equipe o tensione para poder fazer uso de outros dispositivos e espaços para além do CAPS. Do contrário, a vida do usuário de saúde mental passa a ser só o espaço do CAPS, o que não é muito diferente do que acontece com pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Essa situação está ligada **às novas formas de institucionalização**. As práticas diferenciadas em saúde mental que estamos propondo são as que ajudem o usuário a refazer vínculos e poder ocupar novos espaços na vida. Claro que refazer vínculos pode usar os momentos de lazer, e neste ponto são bem-vindos estes momentos com outros usuários em que diversos recursos subjetivos são desenvolvidos. Importante se investir na autonomia do usuário, mas também estar atento para não provocar a nova institucionalização.

Neste sentido, a clínica psicossocial precisa criar uma certa tensão para promover o desenvolvimento e autonomia da pessoa. É fundamental que para além de acolher os usuários de saúde mental, que realmente precisam ser acolhidos porque geralmente se encontram em uma situação de vulnerabilidade social e sofrimento psíquico grave. É importante gerar

espaços que possam ser facilitadores de novas produções subjetivas, por exemplo, as atividades de dominó podem ser facilitadores de processos subjetivos pela forma como as pessoas se relacionam e se sentem bem.

No próximo trecho de informação descrevo a interação de Milton, usuário do CAPS há um ano, e Elias, que faz tratamento há cinco meses. Aqui um pequeno registro de um momento informal na sala de televisão do CAPS, em que eles discutiam uma cena de um usuário de álcool na novela:

Elias: Ah não, tem jeito não. O cara quando dá para beber, não presta.

Pesquisador: E por que você acha que ele bebia assim?

Milton: Sei não...

Elias: Porque era vagabundo, não trabalha

Pesquisador: Será que não tinha outro motivo?

Milton: Eu acho que o cara quando bebe assim, tem alguma razão, é a tristeza, é a frustração.

Pesquisador: Então ele bebia muito para de alguma forma se sentir melhor por causa dessa tristeza ou frustração, não?

Elias: É... Pode ser...

No trecho de informação descrito, relato as falas dos usuários carregadas de machismo, de desqualificação do sentimento dos outros, de compreensões simplistas sobre o alcoolismo em que se atribui a culpa ao alcoólatra. Fatores como machismo, falta de empatia e uma defesa de uma visão tradicional, muitas vezes, contribuem para o adoecimento psíquico. Para romper com a tradição, com representações de gênero adoecedoras poderia se pensar como o próprio cotidiano do CAPS reafirma esses valores. No entanto é importante ter clareza que não são apenas Elias e Milton que compactuam com essas representações, sendo assim os usuários compartilham processos da subjetividade social dominante, não é apenas uma questão institucional e vai além disso, já que temos uma sociedade machista. Novamente, parece apenas uma fala do cotidiano do CAPS, mas que mostra como é possível uma intervenção que problematize pelo menos três aspectos. Primeiro, a representação da doença mental que era vista apenas como uma falta de vontade, preguiça e a partir dos questionamentos abre-se novas possibilidades. Segundo problematizar questões de gênero masculinas em que o dispositivo de valoração masculina é através do trabalho (Zanillo e

Bukowitz 2011), mas, mais do que isso um incomodo maior: O CAPS, de maneira geral no DF, não conta com qualquer profissional de saúde que atue no cotidiano. O cotidiano é um lugar privilegiado para poder se atuar, nesse sentido a sugestão é que alguém da equipe tenha ciência dos fatores que adoecem e possa fazer intervenções em saúde mental no cotidiano para mudar esses fatores.

10 Considerações Finais

“Todos aqueles que a partir de hoje aderem ao ponto de vista universalístico estão tranquilos; o universal é feito de falsos intelectuais. O verdadeiro intelectual, isto é, aquele que se colhe no desajuste, inquieta: o universal humano está por fazer-se” (Sartre 1965. P 13).”

Começo com essa citação para falar um pouco do que eu aprendi e das minhas principais considerações a desrespeito deste trabalho. Acho importante retomar como as práticas diferenciadas em saúde mental são práticas do não estar pronto, das problematizações, das dificuldades, das angústias, dos embates. Essa é minha reflexão ao longo da minha vida trabalhando dentro da saúde mental e nos CAPS. Trabalhar em saúde mental é um constante criar e criar a si mesmo e ao tipo de assistência prestada. Essa constante recriação das práticas em saúde mental acaba sendo saudável porque fala de uma constante reflexão e revisão do seu trabalho e você como pessoa.

Este estudo se faz necessário como uma maneira de problematizar a subjetividade humana no contexto das novas institucionalizações e para nortear as futuras práticas em saúde mental de profissionais e técnicos na superação da lógica manicomial. O trabalho, para além de tentar articular as políticas em saúde mental e o dia-a-dia de uma instituição de saúde, também buscou mostrar as qualidades das relações humanas na construção do CAPS. Espero que esse trabalho propiciar uma revisão nos cuidados com pessoas com transtornos mentais.

Importante destacar que embora o trabalho problematize que a lógica manicomial estava bastante demarcada nas representações, procedimentos e ações dos usuários e profissionais de saúde mental, a dissertação reconhece a importância destes dispositivos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O que se busca neste trabalho não é equiparar o serviço mental oferecido no CAPS com os Hospitais Psiquiátricos. Talvez a ênfase do autor foi no contraditório, mas é inegável que o serviço pesquisado tem aspectos positivos: um ambiente e equipe acolhedora, oficinas que buscam articulação com reconstrução de vínculos,

tratamento para além da medicação (muito embora a ênfase seja ainda na medicação) e construção do PTS como um tratamento individualizado, mas com a dificuldade da sua constante revisão. É importante destacar que, obviamente, o discurso dos profissionais e usuários tinha aspectos manicomiais, mas muito da lógica manicomial do serviço se articulava com o fato de ele atender uma demanda muito maior do que consegue manejar.

As principais conclusões e construções das pesquisas e dos eixos de análises são:

- 1) Temos uma subjetividade institucional (organização do serviço), subjetividade social do CAPS e da usuária que culminam com a valoração do medicamento e objetificação das relações.
- 2) O CAPS, aparentemente, ainda se mostra com uma visão tradicional de mundo e de suas práticas. Primeiro do protagonismo da medicação no tratamento dos usuários de saúde mental, segundo de representações tradicionais como de família que se mostram desatualizadas do contexto atual.
- 3) Diversas práticas alternativas ao modelo manicomial precisam ser experimentadas; seja buscar uma mudança da maneira de conceber o adoecimento até a lógica do atendimento. Como citado neste trabalho, temos dificuldades em pensar em práticas alternativas diferenciadas em saúde mental do acolhimento à assistência

O estudo aponta para a presença do modelo biomédico no CAPS. Esse modelo que enfatiza o tratamento tendo o foco na medicação, tanto no discurso dos profissionais quanto dos usuários, faz com que seja difícil termos uma visão mais complexa do fenômeno, do transtorno mental. Isso aliado aos aspectos organizacionais do CAPS como superlotação, procedimentos rígidos (três acolhimentos para se encaminhar para os atendimentos), fechamento do CAPS nas reuniões de equipe. Todos esses aspectos dificultam que o atendimento possa ser singularizado, como preconiza as políticas de saúde mental. Aliado a isso, existe uma ênfase em explicar os comportamentos pela rotulação da doença, fazendo com que determinados comportamentos sejam adequados e outros inadequados, mostrando o caráter de não conseguir compreender e pluralizar a existência humana. O que se observa é que o transtorno mental, no contexto da pesquisa, foi observado como um fenômeno individual, poucos recursos buscam essa articulação com a rede ou de oficinas que possam estar fora do CAPS.

Para que ocorra o processo que chamamos de desinstitucionalização, é necessário que se supere a violência institucional. Essa violência institucional se articula com a superação da lógica manicomial, de ser construído algo diferente da tutela, focado no desenvolvimento subjetivo da pessoa com vistas a novas produções não associadas somente à patologia. Além disso implica que o usuário seja responsável pela sua trajetória pessoal. O dispositivo da convivência é uma peça fundamental para que se promova um desenvolvimento da pessoa, para que o usuário saiba lidar com cotidiano, com as pessoas, com as diferenças. Os momentos de convivência são importantes para essa reinserção, sobretudo para usuários chamados de psicóticos, os quais classicamente têm sido tratados com o isolamento e cuja própria síndrome faz com que se isolem.

A ideia é justamente poder questionar com a próprio usuário sua representação do que é normal. Muitas vezes o normal já estava dado pela cultura, está assim naturalizado. Sendo assim, precisa existir um compromisso do profissional em mobilizar a pessoa para novas reflexões, sobretudo através do diálogo. Nas palavras de Mori (2019) “O processo dialógico em psicoterapia pode provocar novas produções subjetivas que, por sua vez, podem ser a base para novos momentos de desenvolvimento da pessoa.” Os profissionais de saúde precisam atuar no sentido de tentar construir produções subjetivas alternativas que levem a reflexões diferenciadas. Não necessariamente ficar subserviente a uma condição social ou naturalizar seu espaço social no mundo. Provocar a pessoa a refletir como os seus rumos da vida não são dados por forças externas à pessoa, bem como convidá-la a buscar certo protagonismo na sua vida.

As práticas diferenciadas em saúde mental não se resumem a negar o biológico. De fato, o que encontramos quando vamos para o CAPS, seja com os profissionais ou com os usuários, é essa subjetividade hegemônica manicomial. Mas diante disto, diante de uma instituição manicomial, bem como da sociedade e dos usuários, qual é o papel do psicólogo? Precisamente este é o desafio, como tentar promover novos sentidos subjetivos que não estejam associados a somente processos de institucionalização? Nas intervenções em saúde mental, é necessário buscar uma alternativa, tentar mobilizar um pouco essas representações manicomiais tão naturalizadas com os usuários. Importante entender que não se trata apenas em mudar representações, temos que pensar como a ação profissional pode se dar para que essas representações sejam superadas, o diálogo pode ser um tipo de intervenção que mobilize a pessoa para isso. Evidentemente, este tipo de intervenção não se resume apenas à interação com o usuário, mas também no dia a dia com a equipe e num trabalho extra-CAPS.

É fundamental que, quando se quer atuar com práticas diferenciadas em saúde mental, atue se em um atendimento singularizado. Isto é, para cada pessoa existe uma confecção do tratamento singularizado. Somente conhecendo a pessoa é que pode propor uma alternativa para tratamento. Por exemplo, quando se descobre no atendimento que a pessoa gosta de música, então é possível explorar este tipo de gosto na sua intervenção. Nesse sentido, é fundamental para o desenvolvimento desta clínica que se conheçam as potencialidades, gostos, recursos da pessoa atendida. Mais um aspecto dessa clínica é o não uso do protocolo, da receita mágica ou de alguma saída que supostamente vai salvar a pessoa. É como um trabalho de artesanato que vai sendo construído com o contato com a pessoa.

Um ponto presente na institucionalização e que precisa ser revisto com urgência é o fato de o CAPS precisar cuidar para além do serviço. Isto é, não é possível o CAPS oferecer todos os recursos no tratamento sozinho, já que isso faz com que se gere uma relação de dependência dos usuários com o serviço. É necessário que, para além do contexto interno do CAPS, possam ser articulados outros recursos fora do CAPS. Em outras palavras, é necessário que se ligue a pessoa com outros sistemas para além da instituição, como a família, trabalho. Não de um social que se restringe apenas ao contexto do tratamento. Evidentemente, a relação dos usuários estarem inicialmente com uma alta frequência no serviço e dependendo dele é benéfico para adesão ao tratamento, mas com o tempo é necessário que se busquem alternativas de tratamento e outros contextos.

Este trabalho apontou algumas contradições ao falar de temas tão delicados como: práticas diferenciadas em saúde mental, a assistência à saúde, a representação manicomial dentro de instituições não manicomiais, do cotidiano. Não se trata de querer desqualificar o CAPS ou apontar uma falha na equipe, não é um trabalho denunciativo para destruir algo que ainda está em construção, mas de problematizar uma nova forma de configuração da subjetividade social desses espaços.

Importante se pensar nas intervenções em saúde mental como um processo dialógico que pode gerar uma maior autonomia da pessoa atendida, bem como estimular novas produções subjetivas que escapem dos fenômenos da institucionalização e da patologização. Por último, deixo um convite para que se compreenda que as contradições apontadas neste estudo estão para além do CAPS e se repetem em contextos sociais.

Referências:

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida a trajetória da reforma psiquiátrica no brasil*. 4th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, nº 1, Rio de Janeiro
- Arbex, Daniela. (2013) *Holocausto Brasileiro*. 5th ed. São Paulo
- Basaglia, F. (1985) *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, Ed. Arkhe
- Barros, José Augusto C.. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Bezerra, M. S. (2014). *Dificuldades de aprendizagem e subjetividade: Para além das representações hegemônicas do aprender*. 158 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília.
- Brasil (1990). *Lei nº BR080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, set. 1990.
- Brasil. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília,
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. *Documento Base*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012a. Disponível em: . Acesso em: 25 nov. 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2004.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Ferreira de Oliveira, W. (2009). Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental*, 1(2).
- Figueiredo, M.D. (2011) *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na Rede SUS-C* Zerbetto (2016) ampinas. Campinas

- Foucault, M (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1987) *Vigiar e punir - História da violência nas prisões*. 18a . ed. Petrópolis: Vozes.
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. (D. M. Leite, Trad.) São Paulo: Perspectiva. (Originalmente publicado em 1961).
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. Habana: Pueblo y Educación.
- González Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade: Um enfoque histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson
- Gonzalez Rey, F. (2005b). *O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica*. In F. Gonzalez Rey (Org.), *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp. 27-51). São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade*. São Paulo: Cengage.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde: Superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. (2012). *O social na psicologia e a psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- González Rey, F., & Bizerril, J. (2015). *Saúde, Cultura e Subjetividade: uma referência interdisciplinar* (1st ed.). Brasília: UniCEUB.
- Goulart, D. M. (2013). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: Abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília.
- Goulart, D. M. (2017) *Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito*. Tese (Doutorado em Educação)— Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília.
- Guerrero, Patricia, Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de, Andrade, Selma Regina de, & Erdmann, Alacoque Lorenzini. (2013). O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 132-140. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019) *População Nacional do Brasil*. 3. ed. Brasília: IBGE, 262 p.
- Kyrillos Neto, Fuad. (2003). Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. *Mental*, 1(1), 71-82. Recuperado em 10 de abril de 2019, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&tlng=pt.

Lancetti, (1990). Antonio Loucura Metódica. In: SaúdeLoucura n -2 2. São Paulo: Hucitec,

Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Recuperado de <http://www.mpdft.mp.br/saude/images/legislacao/LEI-DF-1995-975.pdf>

Lobosque A. (1997) *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Lourenço, Ana C. S.; Artemenko, N. P.; Brasaglia, A. P. A (2014) “*objetificação*” feminina na publicidade: uma discussão sob a ótica dos estereótipos. Intercom — Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XIX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste — Vila Velha(ES)

Lüchmann, Lígia Helena Hahn, & Rodrigues, Jefferson. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>

Mendonça, G (2017). “*O lugar da comunidade terapêutica- articulações e impasses: Uma leitura da percepção de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas*”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 222-256. Brasília. Brasil

Movimento Pro-Saúde Mental do DF. (2013) *Como anda a Saúde Mental na capital do país? Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal*. Brasília. Disponível em <http://nesp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/09/plataforma-saude-mental.pdf>

Mânica, Fernando Borges. (2007) *Teoria da Reserva do Possível: Direitos Fundamentais a Prestações e a Intervenção do Poder Judiciário na Implementação de Políticas Públicas*. Revista Brasileira de Direito Público, Belo Horizonte, ano 5, n. 18, p. 169-186, jul./set. 2007. Disponível em http://advcom.com.br/artigos/pdf/artigo_reserva_do_possivel_com_referencia_.pdf. Acesso em: 14 ago. 2019

Mitjáns Martínez, A. (2005). A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na Psicologia. Em F. González Rey (Ed.), *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia* (pp.1-26). São Paulo: Pioneira Thomson Learning

Mitjáns Martínéz, A.; González Rey, F.L. (2017). *Subjetividade: teoria, epistemologia e método*. Campinas: Alínea,

Minóia, Natali Pimentel, & Minozzo, Fabiane. (2015). Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1340-1349. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013>

Moreira, Martha Cristina Nunes. (2007). A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1737-1739. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700030>

- Mori, Valéria Deusdará, & Rey, Fernando González. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 140-152. Recuperado em 10 de abril de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012&lng=pt&tlng=pt.
- Mori, Valéria Deusdará, Mitjáns Martínez, A.; González Rey, F.; Váldez Puentes, R. (2019) Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade: discussões sobre educação e saúde. Uberlândia: Editora Universidade Federal de Uberlândia. Pp 183-202
- Morin, E. (2006) *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina
- Passos, I. (2000). *Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde Mental: Experiências e Modelos em discussão* (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Portaria nº 336 (2002, 19 fevereiro). Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF
- Portaria Nº 3.088 (2011, 23 dezembro) . Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF
- Pereira, Mário Eduardo Costa. (2004). Pínel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 113-116. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004003011>
- Rotelli, F. (1999) *A Instituição Inventada*. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri D., & Risio, C. (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Sartre, J.-P. (1965): "Plaidoyer pour les intellectuels", in *L'universale singolare*, Milano, li Saggiatore.
- Santiago, M. A. (2009) *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília
- Silva, Deborah Cristina Costa e. (2016) *Medicalização e diagnóstico no espaço escolar: compreendendo aspectos da subjetividade social-* Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Straub, R.O. (2003). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, S., Kantorski, L. and Olschowsky, A. (2009). O centro de atenção psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3).
- Tesser CD (2010). *Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec;

- Venturini, Ernesto. (2010). A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 138-151. Recuperado em 10 de abril de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&tlng=pt.
- Zanello, V.; Bukowitz, B. *Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados*. 2011 Revista Labrys Estudos Feministas. v. 20-21,. Disponível em: Acesso em: 01 julho. 2019.
- Zerbetto SR, Galera SAF, Ruiz BO. (2016) *Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals*. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(6):1184-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0476>

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

O (a) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **As Novas Formas da Institucionalização e os Caminhos para uma Clínica Antimanicomial.– Centro de Atenção Psicossocial II.** O nosso objetivo é identificar, por meio do método construtivo-interpretativo, processos subjetivos associados à novas formas institucionalização no serviço de saúde do CAPS. Diante desta identificação, elaborar um modelo teórico que aponte caminhos para uma nova clínica não manicomial. – do Centro de Atenção Psicossocial II- Brasília. Serão realizadas entrevistas, diálogos e questionamentos com duração aproximada de 1 hora. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a realização das atividades. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A relevância do estudo é em expor as maneiras manicomiais de atendimento à saúde mental no CAPS. Ao se fazer isso se coloca em xeque velhas maneiras prejudiciais aos usuários e abrem-se novas possibilidades para ele ser melhor atendido. Além disto o estudo pode apontar para uma possível vulnerabilidade desses trabalhadores, mostrando que precisam de medidas protetivas. Outro benefício é que passando estas informações os trabalhadores de saúde mental ajudam a melhorar a rede de saúde do Distrito Federal, sobretudo para adotarmos práticas que tragam melhor qualidade de vida e condições de trabalho mais digna para todos.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum relatório ou publicação, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Cabe ressaltar que não haverá custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, e deseje algum esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa, por favor telefone para: Pedro Martini Bonaldo (Pesquisadora Responsável), no telefone (61) 99971-1987 no horário das 08:00 às 18:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3325-4955. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 39661511.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com você.

Por fim, pedimos, caso concorde em participar desta pesquisa, por gentileza, a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação ao convite e sua disposição em contribuir com esta pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo B- Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Portaria Nº 336, 2002, 19 fevereiro)

Acesso ao documento:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Anexo C- Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;”

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf> . Acesso em: 25 nov. 2013.

Anexo D- Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil) Enfermarias Especializadas em Hospital Geral Hospital Psiquiátrico Hospital-Dia Atenção Básica Urgência e Emergência Comunidades Terapêuticas Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatorias Especializadas

Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental; Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas; Posição contrária à legalização das Drogas; Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça Abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos; Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação; Ações Intersetoriais; Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Nota Técnica 11 (7718127) SEI 25000.021223/2019-50 / pg. 6 Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas; Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral; Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

acesso

ao

documento:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saude mental.pdf